



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

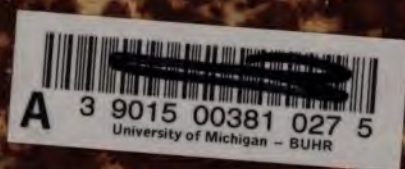
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

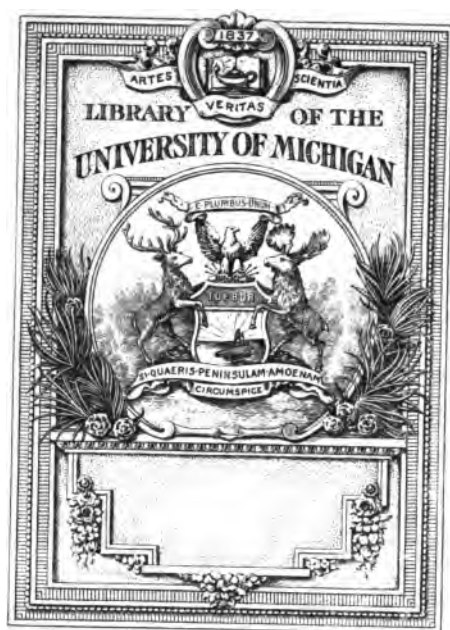
Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

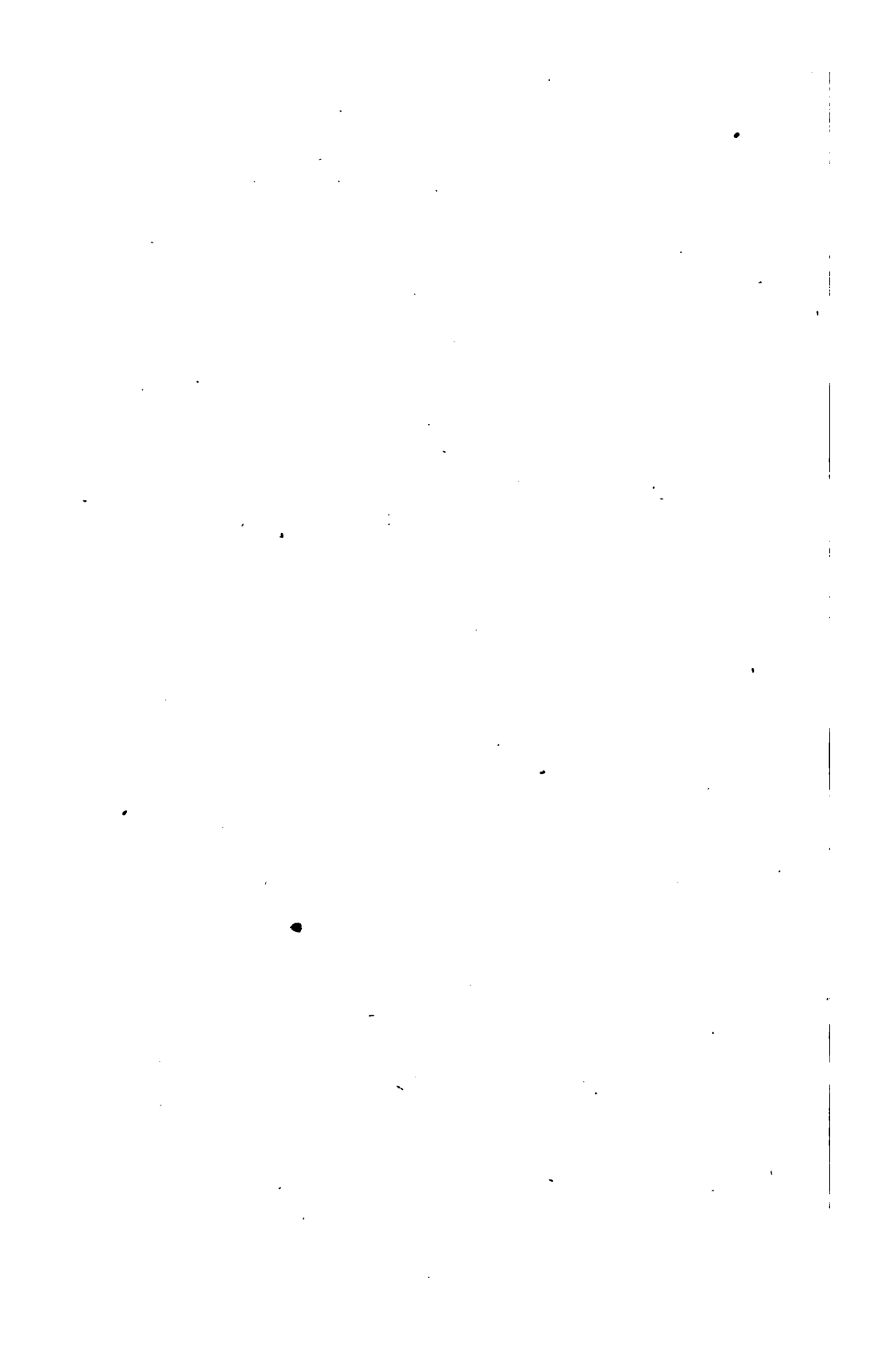




610.5

S678

AJ3



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

Pour les membres de la Société :

{ Paris 4 fr.
Départ. 5 50

Pour les abonnés étrangers à la société.

{ Paris 5 fr.
Départ. 6 50

N. B. On s'abonne par *lettres affranchies*, chez MOQUET, libraire, rue de la Harpe 92. Toute lettre qui n'accompagnera pas le prix de l'abonnement sera considérée comme non avenue.

L'éditeur pour satisfaire aux nombreuses demandes qui lui étaient adressées, a réimprimé les neuf premières années qui étaient épuisées.

BULLETINS

74362

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS.

26^e ANNÉE (1851),

PARIS.

MOQUET, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE LA HARPE, 92.

1851



LISTE DES MEMBRES

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVI. ANNÉE.

3^e SÉRIE DÉCENNALE, VOL. VI.

BUREAU.

Président,	MM. CRUVEILHIER.
Vice-Président,	BROCA.
Secrétaire,	LEUDET.
Vice-Secrétaire,	DEBUCÉ.
Trésorier.	BLAIN DES CORMIERS.
Archiviste,	POUMET.

MEMBRES HONORAIRES.

MM. :	BODINIER, ex-int., d. m. p.
ADAMOW, prof. à la Faculté.	BOINET, ex-int. d. m. p.
BARON, méd. de l'hosp. Sainte-Périne.	BONNET, ex-int., d. m. p. (Valence).
BARTHEZ, méd. du bureau central, ex-chef de clin. de la Faculté.	BOURDON, ex-int., d. m. p., méd. du bureau central.
BEAU, agrégé de la Faculté, méd. de l'hôp. Saint-Antoine.	BRIERE DE BOISMONT, d. m. p.
BEOQUEREL, agrégé de la Faculté, méd. du bureau central.	BURGAREVE, prof. à Gand.
BENIER, agrégé de la Faculté, méd. de l'hôp. Bonsecours.	BURBAN, prof. à Dublin.
BELL, ex-int. bibliothécaire ad. de la Faculté.	DE CASTELNEAU, ex-interne des hôp.
BÉRAUD, doyen et profess. de la Faculté de médecine.	CAZALIS, ex-int., d. m. p., méd. du bureau central.
BEGGON, d. m. p. ex-int. des hôp. (Moulins).	CAZEAUX, agrégé de la Faculté, memb. de l'Académie de méd.
BINTOT, d. m. p.	CHASSAIGNAC, d. m. p., agrégé, chir. de l'hôp. St-Antoine.
	CLOQUET (Jules), prof. à la Faculté.
	CONTOUR, d. m. p. ex-int. des h.

- CORNAC, membre de l'Acad. de médecine.
- COSTILHES, d. m. p.
- DEBROU, d. m. p., ex-int. ex-pr. de la Faculté, chir. de l'Hôtel-Dieu (Orléans).
- DEMARQUAY, ex-int., d. m. p., ex-pros. à la Fac.
- DEMBEAUX, d. m. p., ex-aide d'anat. de la Faculté.
- DENONVILLIERS, prof. à la Fac., chir. de l'hôp. Ste-Marguerite.
- DESPREZ, chirurg. de l'hospice de Bicêtre.
- DIDAY, d. m. p., ex-int., ex-chir. de l'Antiquaille. (Lyon).
- DURAND-FARDEL, d. m. p., ex-int.
- ESPICAUD, membre de l'Académie de méd.
- FABRE, d. m. p., ex-int. (Tonnins).
- FARG, prof. d'anat. à Berlin.
- FIAUX, ex-int. des hôp.
- FIGUIÈRE, d. m. p.
- FLEURY, d. m. p., agrégé de la Faculté.
- FLEURY, ex-int. des hôp.
- FORGET, profess. à la Faculté de Strasbourg.
- GABALDA, ex-int., d. m. p.
- GELEZ, d. m. p., ex-int. des hôp.
- J. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, professeur au muséum et à la Faculté des sciences, membre de l'Institut.
- GIRAUDS, agrégé de la Faculté, chir. du bureau central.
- GOZOLTS, agrégé de la Faculté, chef des travaux anat., chirurg. du bureau central.
- GOUBAUX, prof. de l'école vétérinaire d'Alfort.
- GRISOLLE, agrégé, méd. de l'hôp. Saint-Antoine, membre de l'Académie.
- GUYENARD DE MUSET (Noël), agrégé, méd. de l'hôp. Ste-Marguerite.
- GUÉNARD, méd. de l'Hôtel-Dieu.
- HARRY, agrégé, méd. de l'hôp. Saint-Louis.
- HÉRARD, ex-int., ex-ch. de clin., méd. du bureau central.
- HYRTL, prof. d'anat. à Prague.
- HOSQUIN, agrégé de la Faculté, chir. de l'hôp. Beaujon.
- HUTIN, d. m. p.
- JOZET, DE LAMBALLE, chir. de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie.
- LACOMBE, d. m. p., ex-int.
- LACOUR, ex-int., d. m. p., ex-pros. de la Faculté.
- LAMBROUX, d. m. p., ex-int. (Levallois).
- LABREY (H), profess. au Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté.
- LAURANCE, d. m. p. ex-int.
- LEGENDEZ, d. m. p., ex-interne, méd. du bureau central.
- LENEVEU, d. m. p., ex-int. des hôp.
- LENOIR, agrégé de la Faculté, chir. de l'hôp. Necker.
- LETEMBEUR, d. m. p., ex-int. (Challan, Vendée).
- LIVOIS, ex-int., d. m. p.
- LUNIER, ex-int. d. m. p., méd. de l'hôp d'aliénés de Niort.
- MAGENIE, profess. au collège de France, membre de l'Institut.
- MAISONNEUVE, ex-int., ex-pros. des hôp., chir. de l'hôp. Cochin.
- MANEC, ex-int., ex-pros. des hôp. chir. de la Salpêtr.
- MARTIN SAINT-ANGE, d. m. p., ex-aide naturaliste au Muséum.
- MAROTTE, ex-int., d. m. p., méd. de l'hôp. Sainte-Marguerite.
- MAUROCARDATO, prof. d'anatomie à Athènes.
- MAYON, ex-int., d. m. p., (Genève).
- MAZET, ex-int., d. m. p.
- MERCIER, ex-int., d. m. p.
- MICHAON, agrégé de la Faculté, chir. de l'hôp. de la Pitié.

MORON, agrégé de la Faculté,
ch. de la Maison nat. de santé.
MOSTARD MARMON, ex-int., d. m.
p., ex-chef de clin. de la Fac.
NIVET, ex-int., d. m. p. (Cler-
mont).
ORILLAND, ex-int., d. m. p., pr.
à l'école de Poitiers.
PAILLOUX, ex-int., d. m. p. à
Ham (Creuse).
PERROCHAUD, ex-int., d. m. p.
(Boulogne-sur-Mer).
PISSAUX, d. m. p.
PIENÉ, ex-int. des hôp. (à la
Nouvelle-Orléans).
PINAULT, ex-int., d. m. p.; chir.
de l'hôp. de Rennes.
PRESTAT, ex-int., d. m. p.; méd.
des hôp. (Pontoise).
REY, ex-int.; d. m. p.
RENDU, ex-int., ex-aide d'anat.
de la Fac.; ex-pros. des hôp.;
d. m. p.
RYCAUD, professeur à la Faculté
de Strasbourg.
RILLIET, ex-int., d. m. p. (Ge-
nève).
ROBERT, agrégé de la Faculté,
chir. de l'hôp. Beaupon.
ROGER (Henri), agrégé de la Fa-
culté, méd. de l'hôp. des En-
fants trouvés.

ROKITANSKY, prof. d'anat. path.
à Vienne (Autriche).
SKODA, profes. de Clin. à Vienne
(Autriche).
SÉDILLOT, prof. à la Faculté de
Strasbourg, agrégé de la Fac.
de Paris.
SISTIF, ex-int. prof. agrégé de
la Faculté.
SONNIÉ-MORET, d. m. p., ex-
int. (Auxerre).
SPITAL, d. m.; prés. de la Soc.
anatomique d'Edimbourg.
TARDIEU (A), agrégé de la Fac.
méd. du bureau central.
TAVIGNOT, ex-int.; d. m. p.
THIBERT, d. m. p.; ex-aide d'a-
nat. de la Fac.
VALLEIX, ex-int.; d. m. p.; méd.
de l'hôp. Beaupon.
VANNETTI, prof. de Clin. chirurg.
à Barckoff.
VILLENUEVE, membre de l'Acadé-
mie de Médecine.
VILLERMÉ, membre de l'Acadé-
mie, membre de l'Institut.
VIGLA, agrégé de la Fac.; méd.
de la maison nat. de santé.
WELLENBERG, d. m.; prof. à
l'éco. roy. vétérinaire des Pays-
Bas (Utrecht).

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

BARTH, ex-int.; méd. de la Sal-
pêtrière, agrégé de la Fac.
BLAIN DES CORNIERS, ex-élève d.
hopitaux.
BLONDEAU, ex-interne des hôp.
BOUTEILLER, ex-int. des hôp.;
d. m. p.
BROCA, ex-int. d. m. p.; prosec-
teur de la Faculté.
CAUDMONT, ex-élève des hosi-
taux, d. m. p.
CROUVELLIER, méd. de l'hôp. de
la Charité, prof. à la Faculté.
DENUCÉ, ex-int. des hopitaux.
DEVILLE, ex-int.; ex-aide d'anat.

de la Fac.; ex-pros. des hôp.;
d. m. p.
HOUEL, ex-int.; ex-aide d'anat.
de la Fac.; conserv. adj. du
musée Dupuytren, d. m. p.
LEUDET, interne des hopitaux.
MACQUET, ex-int., d. m. p.
MAILLIOT, ex-élève des hopitaux,
d. m. p.
MOREAU (Alexis), ex-int.; d. m.
p. ex-chef de Clin. de la Fac.
POUMET, ex-int., d. m. p.
RICHARD, ex-int. d. m. p.
THIBAUT, ex-int. d. m. p.
VERNEUIL, ex-int., pros. de la
Faculté.

MEMBRES ADJOINTS.

- ARCHAMBAULT**, interne des hopi-
taux.
AXENFELD, interne des hopitaux.
BAUCHET, interne des hopitaux.
BELIN, ex-interne des hopitaux.
BLIN (Louis), interne des hopi-
taux.
BLOT, ex-interne des hopitaux ,
d. m. p.
BOULLARD, ex-interne des hop.,
aide d'anat. de la Faculté.
BOULLAY, interne des hopitaux.
CANUET, interne des hopitaux.
CHABOCOT, interne des hôpitaux.
CHASSIN, élève des hôpitaux.
COFFIN, ex-int. des hôpitaux ;
d. m. p.
CUSCO, ex int., d. m. p. chir. du
bureau central.
DAUBEUF, interne des hôpitaux.
DEGAIL, ex-int. des hôp. d. m.
prof.
DELPECH, ex-int., d. m. p., ex-
chef de Clin. de la Faculté.
DESORMEAUX, ex-int., d. m. p.
chir. du bureau central.
DESTOUCHES, int. des hopitaux.
DADION, élève des hôpitaux.
DIONIS, ex-int. des hop. d.
m. p.
DUBOIS (Jules).
DUBREUIL, int. des hopitaux.
DUFOUR, int. des hopitaux.
EMPIS, ex-int., d. m. p., chef de
Clin. de la Faculté.
FIRMIN, ex-int., d. m. p.
FOLLIN, int. des hop., d. m. p.,
prosecteur de la Faculté.
FORGET (E), ex-interne, d. m. p.
FOUCHER, interne des hopitaux ,
aide d'anat. de la Faculté.
GRUBY, d. m. p.
GUBLER, ex-int.; d. m. p., chef
de Clin. de la Fac. méd. du
bureau central.
HERSENT, ex-int., d. m. p.; ex-
chef de clin. de la Faculté.
JARJAVAY, agrégé à la Faculté ,
chir. du bureau central.
LEBERT (H), d. m.
LEBBRET, ex-interne des hopitaux.
LEGENDRE, interne des hopitaux.
MAILLY, interne des hopitaux.
MESNET, interne des hôpitaux.
MOLLOY, d. m. p.
MUSSET, interne des hopitaux.
PABMENTIER, interne des hôpi-
taux.
PIERRE, ex-interne des hopi-
taux.
PIOGEX, ex-interne des hopitaux.
RACLE (V), ex-interne ; d. m. p.
RICHET, agrégé de la Faculté ,
chir. de l'hôp. de Lourcine.
RIEUX, ex-int. des hopitaux.
ROMBEAU, interne des hopitaux.
SAINET, interne des hopitaux.
VAUTHIER, interne des hopitaux.
VIALLET, ex-interne des hopi-
taux.
WEISS, d. m. p. chef de Cli-
nique au Val-de-Grâce.

MEMBRES CORRESPONDANTS.

- AENELI**, d. m., à Alger.
ANQUET, d. m. p., ex-interne
des hopitaux (Blois).
D'ASTROS, d. m. p., ex-chef de
Clin., ex-int. (Marseille).
AUBANEL, d. m. p., ex-int., méd.
de l'hôp. des aliénés (Mar-
seille).
AUBAY, d. m. p., ex-int. (Ren-
nes).
BAILLARGER, d. m. p., méd. de
l'hosp. de la Salpêtrière, mem-
bre de l'Académie.
BAILLY, d. m. p., ex-int. à
Bains.
BALLOCHI, d. m., à Florence.
BALINE-DUGARRAY, d. m. p.,
ex-interne des hopitaux.
BARADUC, d. m. p., ex-int. des
hop.

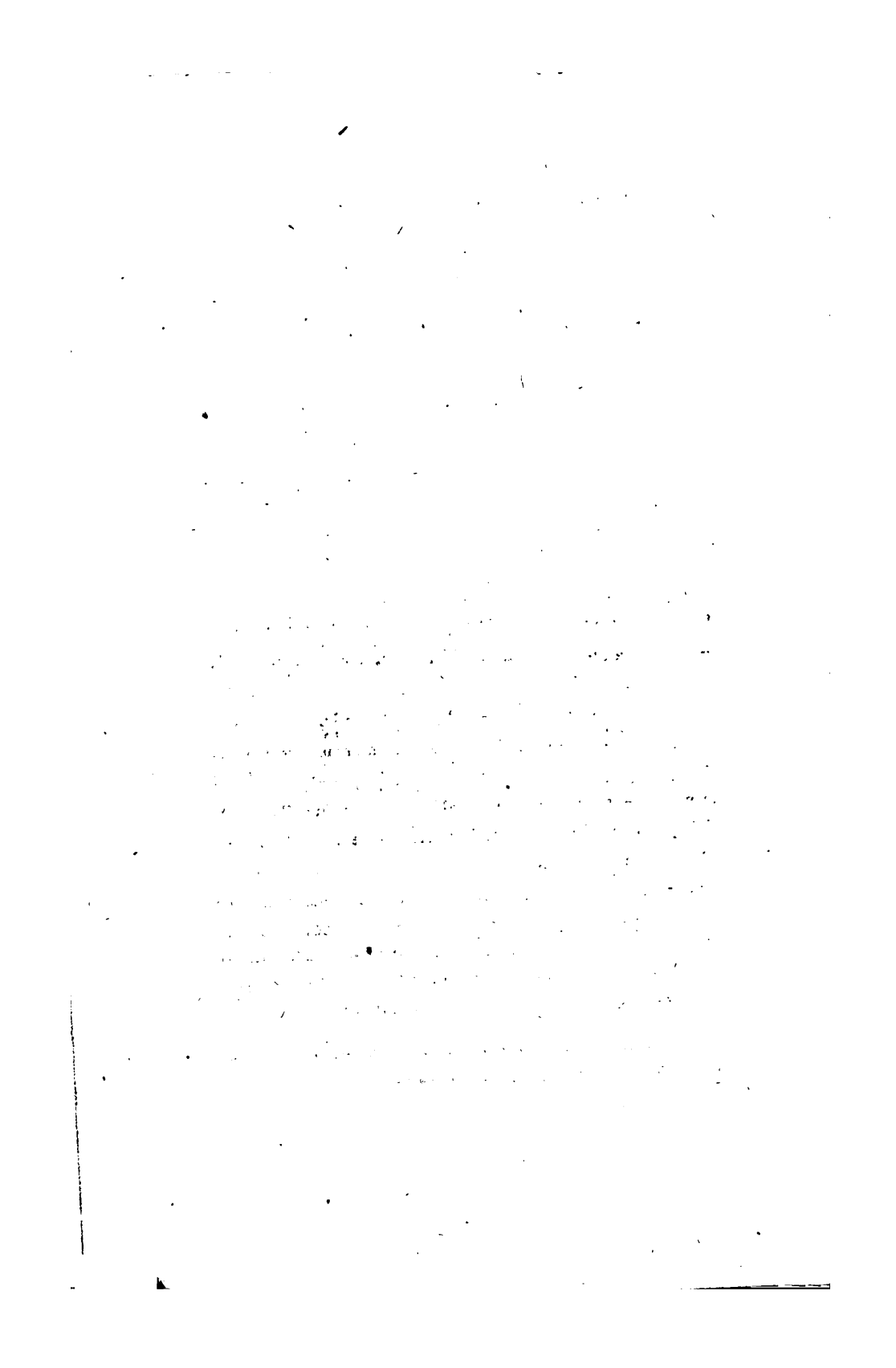
- BARDINET**, d. m. p., ex-int. prof. à l'éc. prép. de Limoges.
BARRÉ, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
BARRIER, d. m. p., ex-int., chir. de l'hôtel Dieu de Lyon.
BARTHOLI, d. m. p., ex-int. des hop. (en Corse).
BAUMGARTEN, d. m.
BEAUGRAND, d. m. p., ex-int. des hop.
BERSTROM (Mathias), d. m. p., à Mexico.
BELMAS, d. m. p., ex-int. d. h.
BELOT, d. m. p.
BENNET, d. m. à Londres.
BERAUD, ex-int., aide d'anat. de la Faculté.
BÉRGERON, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
BERNARD, d. m. p., ex-int. ; m. de la Roquette.
BERNARD, d. m. p. à Rennes.
BERNUTZ, d. m. p., ex-int. ; méd. du bureau central.
BERTRAND, d. m. p., ex-interne des hop.
BERTON, d. m. p.
BIDAULT, d. m. p., ex-int. des hop. (Evreux).
BIGOT, d. m. p., ex-int. des h. (Evreux).
BLANCHE, d. m. p.
BLANCHE (E), d. m. p., ex-int. des hop.
BLANCHET, d. m., ex-él. d. h.
BLEU, d. m. p., ex-int. d. h.
BOTREL, d. m. p., ex-int. d. h.
BOUCHER, d. m. p., ex-int. d. h.
BOULLAND, d. m. p., ex-interne des h. (Limoges).
BOURSIER, d. m. p., ex-int. d. h.
BODART, d. m. p., ex-int. des h. (Calais).
BONNEFONS, d. m. p., ex-int. d. h. (à Figeac, Lot).
BONNET, d. m. p., ex-int., ex-chir. de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
BOUCHACOURT, d. m. p., chir. de l'hôtel Dieu de Lyon.
BOUCHUT, d. m. p., ex-int. ex-chef de Clin, méd. du bureau central.
BORDET, d. m. p., à Lorient.
BOTTU, d. m. p., ex-int. d. h.
BOUCHET, d. m. p.
BOUDANT, d. m. p., ex-int. des h. (à Gannat).
BONDRIE, d. m. p., ex-int. d. h.
BOURGUIGNON, d. m. p.
BOYER, d. m. p., ex-int., ex-chef de Clin. de la Fac.
BRAIVE, d. m. p., ex-int. d. h.
BRERNARD, d. m. p., ex-int. d. h.
BRUN, d. m. p., ex-int. d. h.
BURGUIÈRES, d. m. p., ex-int. agrégé de la Fac.
CAFFE, d. m. p., ex-int. des h.
CAHEN, d. m. p., ex-int., chef de Clin. de la Fac.
CALLE, d. m. p.
CAMPBELL, d. m. p., ex-int. des hop.
CAMUS, d. m. p., ex-int. des h.
CANTON.
CARON, d. m. p., ex-int. des h.
CARTIER, d. m. p.
CAZAWISLIL, d. m. p., ex-int., à Liancourt.
CHAMBERT, d. m. p., ex-interne à la maison de Charenton.
CHAPSAL, d. m. p., ex-int. d. h.
CHARCELAY, d. m. p., ex-int., profes. à l'école de Tours.
CHAVIGNER, d. m. p.
CHOISY, d. m. p., ex-int. d. h., à Chantelle (Allier).
CLOQUET (E.), d. m. p., ex-int., ex-pros. des hop., à Téhéran (Perse).
CŒURDEROY, ex-int. des hop. (Lausanne).
COLLARD DE MARTIGNY.
COLOMBAT (de l'Isère), d. m. p.
COMIN, d. m. p., ex-int., à St-Lazare.
CORDIER, d. m. p., ex-int., des hop. (à Saint-Quentin).
COURTIN, d. m. p., ex-int. des hop.

- OBUTURIER**, d. m. p. (à Lyon).
DAGINCOURT, d. m. p., ex-int. des hop.
DEBILLOUVAIS, d. m. p. ex-int. des hop. et de Saint-Lazare.
DEGUISE, d. m. p., ex-int., chir. adj. à Charenton.
DUCOUX, d. m. p. (à Périgueux),
DELAUVELLE, d. m. p.
DELATRE, d. m. p., ex-int. des hop.
DELLERIN, d. m. p.
DELMAS, d. m. p. (à Alger).
DELONGON DE LA GRANGE, d. m. p., ex-int. (Tours).
DEMONCY, à Cazan (Russie).
DEPAUL, d. m. p., ex-int. agrégé de la Faculté.
DEPERRET-MURET, d. m. p. (à Limoges).
DEPUISAYE, d. m. p. ex-int. des hop.
DEQUEVAUVILLIERS, d. m. p., ex-int. des hop.
DESETANGES, d. m. p.
DIMEY, d. m. p., ex-int. des hop.
DONNE, d. m. p., ex-chef de cl. insp. des écoles de médecine.
DUBOIS (E.), d. m. p., ex-int. des hop.
DUCHAPT, d. m. p., ex-int. des hop.
DUCHASSAINE, d. m. p., ex-int. (Guadeloupe).
DUCLOS, d. m. p., ex-int. (Tours).
DUCLOS, d. m. p., ex-int. des hop. (Rouen).
DUCCROS, d. m. p., ex-inter. des hop.
DUHAMEL, d. m. p., ex-int. des hop. (Boulogne sur Mer).
DUMÉNIL, d. m. p., ex-int. des hop.
DUMON, d. m. p.
DUMOULIN, d. m. p., ex-int. des hop.
DUMOUTIER, d. m. p., ex-aide d'anat. à la Faculté.
DUPERTUIS, d. m. p., à Champigny (Seine).
DUPRE, d. m. p., ex-int. des hop. à Bourg (Ain).
DUPRE-LATOUR, d. m. p.
DURAND, d. m. p., ex-int. des hop.
EAGER, d. m. p., ex-interne des hop. (à Manchester).
ESTEVENET, d. m. p., ex-int., ex-pros. des hop. (Toulouse).
FAGET, d. m. p., ex-int. (à la Nouvelle-Orléans).
FANO, ex-int., aide d'anat. à la Faculté.
FAVROT, d. m. p.
FERRA, ex-int. des hop.
FINCK, à Carlsruhe.
FLANDIN, d. m. p., ex-int. des h.
FLEURY, d. m. p., ex-int., prof. à Clermont.
FORGET (Amédée), ex-int. des h. d. m. p.
FOURNET, d. m. p., ex-chef de clin. de la Faculté.
FOVILLER, d. m. p., ex-int., ex-méd. en chef de Charenton.
FREDAULT, d. m. p., ex-int. des hop.
FREMY, d. m. p., ex-int., chef de clin. de la Faculté.
FROMENT, d. m. p., ex-int., ex-aide d'anat. de la Fac., pros. des hop.
GACHET, d. m. p., ex-int. (à Issoudun).
GAILLARD, d. m. p., ex-int. des hop.
GALLERAND, d. m. p., ex-int. des hop.
GABRIEL, d. m. p., ex-int. des h.
GAUCHER, d. m. p.
GAUSSAIL, d. m. p., ex-int. des hop.
GÉLY, d. m. p., chir. de l'Hôtel-Dieu de Nantes.
GENDRON, d. m. p., ex-int., à Chinon.
GERARD, d. m. p., ex-int. des h. (Marseille).
GIRAUD, d. m. p., ex-int. des h.
GLWEK, d. m.

- GODEFROY, d. m. p., ex-int. des
hop.
 GONTIER, d. m. p., ex-int. des
hop.
 GOUGRON, d. m. p., ex-int. des
hop.
 GRANT, d. m. (à Philadelphie).
 GRAPIN, d. m. p., ex-int. des h.
 GRATIOLET, d. m. p., ex-int.,
aide nat. au Muséum.
 GRENIER, d. m. p., ex-int. des
hop.
 GRELOIS.
 GROS, ex-int., ex-aide d'anat., à
la Faculté.
 GUÉNAUD, d. m. p., ex-int. des h.
 GUÉNEAU DE MUSSY (H.), ex-int.
en chef, de clin., méd. du hô-
reau central.
 GUÉANTIN, d. m. p., ex-int. des
hop.
 GUÉNEAU, d. m. p., ex-int. des
hop.
 GUÉNAUD, d. m. (à Philadel-
phie).
 GUIQUET, d. m. p., ex-int. des h.
 GUIET, d. m. p., ex-int. des h.
 GUIGNARD, d. m. p., ex-int. des
hop.
 GUYOT, d. m. p., ex-int., des
hop. (Rennes).
 HACHE, d. m. p., ex-int. des h.
(Etampes).
 HÉRIE, d. m. p., ex-int. des h.
 HERPIN, d. m. p., ex-int., prof.
à l'école de Tours.
 HERVEY, d. m. p. (à Troyes).
 HEULHARD, d. m. p. (à Clamecy).
 HILLAIRET, d. m. p., ex-chef de
clin. de la Faculté.
 HOLLER, d. m. (à Stuttgart).
 HOUETOT, d. m. p. (à Meaux).
 HUMET, d. m. p., ex-int. des h.
 IMBIE, ex-chef de clin. à l'école
d'Alfort.
 ISSANTIER, d. m. p.
 JACQUEMIER, d. m. p., ex-int.
des hop.
 JAMAIN, d. m. p., ex-int. des h.
 JOHNSTON, d. m.
 JONES, d. m.
 JOUSSAT, d. m. p., ex-int. des h.
 JUTEAU, d. m. p., ex-int., des h.
 KEANE, d. m. (à Londres).
 KRAUSS, d. m.
 LABORIS, d. m. p., ex-int. des h.
 LACANAL, d. m. p., ex-int. des h.
 LACAZE DUTHIERS, d. m. p., ex-
int.
 LACOMBE (D.), d. m. p., aux Es-
sarts (Vendée).
 LACOUR, d. m. p.
 LAILLIER, d. m. p., ex-int. des
hop.
 LAFARGUE, d. m. p., ex-int. des
hop.
 LAFARINE, d. m. p., ex-int. des
hop.
 LAFONT, d. m. p., ex-int. des h.
 LAGOT, d. m. p., ex-int. des h.
 LANDOUZY, d. m. p., ex-int. pro-
fess. à l'éc. de Rheims.
 LANGENBECK, d. m., profess. à
Giessen.
 LAPRE, d. m. p., à Montigny-
le-Roi.
 LARRET-PIET, d. m. p., ex int.
des hôp.
 LAROCHE, d. m. p., ex int des h.
 LASPERRE, d. m. p., ex-int. des
hop. (Montauban).
 LAURENT, d. m. p., doct. ès-sc.
 LEBERT, d. m. p., ex-int des h.
(Nogent-le-Rotrou).
 LEBLED, d. m. p., ex-int. des h.
 LEDERER, d. m. p., ex-int.
des h. (Lorient).
 LEFEVRE, d. m. p., ex-chef de
clin. (Gaillon).
 LEGENDRE, ex-chef des hop.
 LEGENTIL, d. m. p., ex-int. des h.
 LEGUAY, d. m. p.
 LEJEUNE, d. m. p. (Lyon).
 LEMAISTRE, d. m. p., ex-int.
de h. (Limoges).
 LÉPIN, à Chalon-sur-Saône.
 LEPELLETIER, d. m. p., ex-int.
des h.
 LERICHE, d. m. p., ex-int. des
h. (Cussy).
 LEROUX, d. m. p.
 LEROY, d. m. p., ex-int. des h.

- ERYVIEUX, d. m. p., à Bordeaux.
 LOGERATS, d. m. p., ex-int.
 des h.
 LONGET, d. m. p., m. de l'Ac.
 LORREAU, pr. à l'éc. de Poitiers.
 LORRAINE, d. m. p., à Orléans.
 MAIGNE, d. m. p.
 MALAT, d. m. p.
 MALGAIGNE, prof. à la Fac. ch.
 de l'hop. St-Louis.
 MALHERRE, d. m. p., à Nantes.
 MANDE, d. m.
 MARCHAL (de Calvi), agr. à la
 fac. chir. du Val-de-Grâce.
 MARCHESSAUX, d. m. p., ex-int.
 des hop., au Havre.
 MARTINEZ DEL RIO, d. m. p.,
 au Brésil.
 MARJOLIN, d. m. p., chir. de
 l'hop. Bouscours.
 MARQUIS, d. m. p., ex-int. des h.
 MARTIN, d. m. p., prof. à la
 fac. de Montpellier, agrégé
 de la fac. de Paris.
 MASCARL, d. m. p., ex-int. des
 hop.
 MASSELOT, d. m.
 MATICE, d. m. p., ex-int. des h.
 MAUROUX, d. m. p., ex-int.
 des hop. (Maintenon.)
 MAVERÉ, d. m. p.
 MAY, d. m. p.
 MIGNOT, d. m. p., ex-int. des h.
 MOUSSENET, d. m. p., ex-int.,
 méd. du bureau central.
 MONAGOT, d. m. p.
 MONNOT, d. m. d., ex-int. des h.
 MONOT, d. m. p., à Versailles.
 MOREL, d. m. p., ex-int. des h.
 MOURET, d. m. p.
 NARBONNE, d. m. p., ex-int. dh.
 NANDAU, d. m. p.
 NELATON, prof. à la fac., chir.
 de l'hop. des cliniques.
 NEUCOURT, d. m. p., ex-int.
 des h. (à Verdun.)
 NOTTE, d. m. p., ex-int. des h.
 à Lisieux.)
 NOVELLI, à Londres.
 OLIVIER, d. m.
- OSHPOWSKI, méd. de l'hosp. civil
 de Moscou.
 OULMONT, d. m. p., ex-int., ex-
 chef de clin. de la fac.
 OZANAM, d. m. p., ex-int. des h.
 PADIEU, d. m. p., ex-int., pr.
 à l'éc. d'Amiens.
 PARISE, d. m. p., ex-int. des h.
 PARISSÉ, d. m. p., ex-int. des
 hop. (Beaune.)
 PASQUET, d. m. p.
 PASQUIER, d. m. p. ex-int. d. h.
 PEGOT, d. m. p., ex-int. des h.
 PERROCHAUD, d. m. p., à Bou-
 logne.
 PERUSSET, d. m. p., ex-int. des
 hop. (Macon.)
 PESTRE, d. m. p., ex-int. des h.
 (Beaune.)
 PETEL, d. m. p., ex-int. des h.
 PICARD, (E.) d. m.
 PIRBAGNEL, d. m. p., ex-int.
 méd. de l'hop. de la Pitié.
 PIÉGU, d. m. p., ex-int. des h.
 PITET, d. m. p., ex-int. des h.
 POISRUILLÉ, d. m. p., membre
 de l'ac.
 POTIER, d. m. p.
 POUINEAU, d. m. p.
 POURRAT, d. m. p., à St-Étienne.
 PRUNEAU, d. m. p., (à l'Isle,
 Yonne.)
 PUYDEBAT, d. m. p., ex-int. ch.
 de l'hop. St-André, (Bor-
 deaux.)
 QUATREVAUX, d. m. p., ex-int.
 des hop. (à Avallon.)
 QUESNE, d. m. p.
 RAIMBERT, d. m. p.
 RAYNAUD, d. m. p.
 REILHAC.
 REIGNIER, d. m. p., ex-int. des
 hop., à Besne. (Allier.)
 RICORD, d. m. p., ex-int. chir.
 de l'hop. du Midi, m. de l'ac.
 RIPAUT, d. m. p. ex-int. des h.
 (à Dijon.)
 RIPOLL, d. m. p., ex-int. des h.
 ROBERTY, d. m. p., ex-int. des
 hop., (à Marseille.)

- ROMIN, d. m. p., ex-int., ag. à la fac.
 ROCHE, d. m. p., (à Genève)
 ROCHOUX, d. m. p., ex-int. des hop. (à Orléans.)
 ROULLAND, d. m. p.; ex-int. des hop. (à Caen.)
 ROUSSEL, d. m. p., ex-int. des h.
 ROUTIER, d. m. p., ex-int. des h.
 SALLES JOURDANET.
 SALMONT d. m. p., ex-int. d. h.
 SAINT-LAURENT, d. m. p., ex-int. des h.
 SARNHAU, d. m. p., ex-int. des h.
 SAUCEROTTE, d. m. p., (à Lunéville.)
 SAUNÉ, d. m. p., (à Toulouse.)
 SAUSSIER, d. m. p., ex-int. des hop. (à Troyes.)
 SCHOLTZ (de Rével,) d. m., (à Saint-Pétersbourg.)
 SELLE MENDERET, d. m. p., à Carentan, (Manche.)
 SERRÉ, d. m. p., ex-int. des h.
 SIMON, d. m. p., ex-int. des h.
 SIMONIN, d. m. p., professeur à l'école de Nancy.
 SOUTY.
 STANSKY, d. m. p., ex-int. des h.
 STEVENSON, d. m. (à N.-York).
 STROZHLIN, d. m. p., ex-int. des hop. (à Genève).
 TAJASQUE, d. m. p.
 TANQUERAIL DES PLANCHES, d. m. p.
 TARDINO (Charles), d. m. p., ex-int. des hop.
 TAUPIN, d. m. p., ex-int. des h.
 TERNAIN, d. m. p., à Orsay (S.-et-Oise).
 TEIXEIRA DE LA CRUZ, d. m. p. (à Rio-Juneiro).
 TESSIER, d. m. p., m. de l'hop. Sainte-Marguerite.
 THOMAS, d. m. p., ex-int. des h. (à Tours).
 THORE, d. m. p., ex-int. des h. (à Sceaux).
 TONNET, d. m. p., ex-int. des hop. (à Niort).
 TONNELIER, d. m. p., ex-int. des hop. (à Montereau).
 TRICOU, d. m. p., ex-int. des h. (à la Nouv.-Orléans).
 TRIVET, d. m. p.
 TRONCHON, d. m. p.
 TYPALDOS, d. m. p.
 VANNIER, d. m. p.
 VERRNOIS, d. m. p. méd. du bur. central.
 VIANI, d. m. p., ex-int. des h.
 VICHERAT, d. m. p.
 VIDAL (de Poitiers), d. m. p., ex-int. des hop.
 VILLEBON, d. m. p. (à Rueil).
 VINSOT, d. m. p. (à Melun).
 VIGER DE VARENNES, d. m. p., ex-int. des hop. (Vologne).
 VOILLEMIEU, agrégé à la Fac., chir. du bureau central.
 WICKHAM, d. m. p., ex-int. des hop.
 SAINT-YVES, d. m. p., ex-int. des hop.



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVI^e ANNÉE.

Comité de Rédaction : MM. BLAIN DES CORMIERS,
BROCA, DENUCÉ, DEVILLE, FOUCHER, JARJAVAY,
LEBERT, LEUDET, MORBAU et POUMET.

BULLETIN N^o 1. Janvier 1861.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE.

A. *Extrait des procès verbaux.*—1. Hypertrophie du cœur. — 2. Congestion des reins. — 3. Entérite chronique. — 4. Calculs biliaires. — 5. Déformation du foie. — 6. Kyste hydatique du poulmon. — 7. Disposition anormale du péritoine. — 8. Corps étranger des voies aériennes. — 9. Hernie ombilicale. — 10. Perforation de l'urètre. — 11. Transformation graisseuse des synoviales tendineuses de l'extenseur commun des doigts. — 12. Cancer de la vessie. — 13. Diminution du calibre de l'intestin grêle. — 14. Calculs biliaires, incrustations de la face interne de la vésicule. — 15. Rupture de l'aorte. — 16. Tumeur fibreuse de l'ovaire. — 17. Réunion angulaire d'une fracture du fémur. — 18. Cancer de l'estomac. — 19. Hypertrophie de la prostate. — 20. Cancer du rein et de la vessie. — 21. Entérite chronique. — 22. Arthrite du genou. — 23. Néphrite et cystite. — 24. Tumeur fibreuse utérine — 25. Pyélite calculeuse. — 26. Estomac biloculaire.

B. *Pneumothorax consécutif à une pleurésie chronique, extrait d'une observation de M. Blondeau.*

Extrait des procès verbaux des séances de la Société anatomique.

Présidence de M. CAUVILLON.

M. Lebert présente plusieurs pièces provenant d'une femme de 26 ans, observée d'abord dans le cours de l'année précédente dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu. On constata, à cette époque, les signes d'une phthisie pulmonaire assez avancée, de plus un anasarque. Les urines, examinées au début, ne contenaient pas d'albumine, plus tard elles en contenaient, mais en petite quantité. Cette femme quitta le service, elle a succombé au commencement de cette année dans celui de M. Andral à la Charité. A l'autopsie, on trouva des tubercules nombreux ramollis dans les deux poumons et dans les ganglions bronchiques; le cœur offrait une légère hypertrophie concentrique du ventricule gauche, sans dilatation de sa cavité. Les reins, surtout le droit, étaient d'un petit volume, sans lésions caractéristiques de la maladie de Bright. La muqueuse stomacale était d'une bonne consistance, dans toute son étendue, excepté dans le grand cul de sac où elle était un peu ramollie. Le foie était gras, la vésicule biliaire, contenant plusieurs calculs, était entourée d'une collection purulente.

M. Lebert montre : 1° le cœur de cette malade; il est de volume normal extérieurement; l'épaisseur de ses parois, abstraction faite des colonnes charnues, atteignant jusqu'à 2 centimètres au lieu de 8 millimètres comme à l'état normal. La cavité de ce ventricule, sans avoir rien perdu de sa capacité, n'était pas augmentée.

2° Les reins. Ils renferment beaucoup de graisse, par places injection vive à leur surface, absence complète de granulations. J'ai plusieurs fois, dit M. Lebert, constaté ces caractères anatomiques des reins chez des malades dont les urines avaient contenu de l'albumine. On aurait donc tort de conclure de la présence de l'albumine dans les urines, l'existence d'une néphrite albumineuse; la proposition inverse n'est pas non plus exacte, dans tous les cas.

3° Le gros intestin, criblé d'ulcérations nombreuses, sans traces de tubercules; la muqueuse ramollie, sous forme d'ilots par places et permettant de suivre les phases diverses de l'ulcération intestinale, y compris l'ulcération dysentérique.

4° La *vésicule biliaire* ; elle est revenue sur elle-même , contenait plusieurs calculs ; les canaux excréteurs étaient oblitérés, et ses parois immédiatement appliqués sur les corps étrangers. Une collection purulente, sans communication avec l'intérieur de la vésicule l'entourait de toutes parts.

Cette femme, qui présentait les signes anatomiques de la virginité, avait le col de l'utérus rouge parsemé de petits follicules assez développés.

M. Mailliot. L'hypertrophie concentrique du cœur est une maladie très rare, les exemples qu'on en cite ne sont pas tous démontrés ; ainsi sur trois que mentionne M. Bouillaud, deux sont dus à la contraction du cœur consécutive à la mort. Cette affection, outre les preuves anatomiques, exige l'observation des symptômes pendant la vie. Ce qui jette encore de l'incertitude sur cette question, c'est l'absence d'une connaissance exacte des dimensions du cœur ; dans les statistiques faites sur ce sujet, on a tenu trop peu compte de la constitution des individus ; le cœur devrait, pour obtenir de bons résultats, être comparé uniquement chez des individus de même âge et ayant succombé à des maladies analogues.

M. Lebert. J'ai dit que la cavité du ventricule gauche n'était ni dilatée ni rétrécie ; la paroi est évidemment beaucoup plus épaisse que dans l'état normal, tout en faisant abstraction des colonnes charnues. La moyenne que j'ai donnée résulte de mes propres recherches sur un grand nombre de cœurs. Si l'on entend par hypertrophie concentrique, uniquement les cas dans lesquels la cavité est considérablement diminuée, ce fait ne peut pas en être un exemple. Je crois qu'on peut étendre ce nom aux cœurs dont la cavité ventriculaire, à parois hypertrophiées, n'a pas changé de capacité. Pour l'explication des divers phénomènes des maladies du cœur, on ne doit pas se laisser dominer par les travaux publiés, car il y a beaucoup à faire encore à cet égard.

5. M. Barth montre un exemple de *déformation du foie* ; il a été trouvé sur une femme de 60 ans, morte à la Salpêtrière. Examiné dans son ensemble, le foie présente sa forme ordinaire, mais à la partie inférieure du lobe droit, on remarque comme un lobe de Spiegel surnuméraire, séparé du corps de l'organe par un sillon

profond transversal, si bien qu'il ne paraît plus tenir que par une mince pédicule : plusieurs autres sillons moins profonds existaient à la surface du foie. J'attribue cette déformation à la pression exercée par le corset.

M. *Mailhot* ne trouve aucune preuve de l'explication donnée par M. *Barth* ; il admettrait plutôt un vice de conformation congénial.

M. *Barth*. L'influence du corset, comme cause de ces déformations peut se démontrer par l'existence de certaines lésions moins avancées, et formant une échelle, depuis le sillon léger à la surface du foie, jusqu'à la division presque complète de deux parties de cet organe. Ces déformations du foie ont de l'importance au point de vue du diagnostic ; elles peuvent induire facilement en erreur.

M. *Barth* met sous les yeux de la Société un kyste hydatique du poumon. Une vieille femme entre le 29 décembre 1850, avec les signes d'une inflammation du poumon gauche. Le lendemain, la faiblesse était telle que je n'auscultai pas la malade ; elle succomba le jour même. A l'autopsie, on trouva une pneumonie occupant la plus grande partie du poumon gauche, excepté le sommet et la partie antérieure et supérieure. Dans le lobe inférieur du poumon opposé, on trouvait une tumeur résistante, fluctuante ; incisée avec soin, elle donna écoulement à du muco-pus, mêlé d'une matière comme gélatineuse. Cette cavité contenait une masse blanchâtre, de même nature, qui, placée dans l'eau, s'étalait en une membrane, et avait tous les caractères d'un kyste hydatique. Les parois étaient formées immédiatement par le parenchyme du poumon, il n'y avait aucun kyste enveloppant. La cavité communiquait avec plusieurs bronches par un orifice étroit. Au dessous du kyste, une portion du poumon était indurée. La femme qui portait cette tumeur, était déjà entrée une fois dans le courant de l'année à l'infirmerie de la Salpêtrière, elle expectorait alors des crachats verdâtres, comme gélatineux ; ces crachats étaient probablement des débris d'hydatides.

M. *Leudet* remarque que dans cette pièce, comme dans celle présentée l'an dernier par M. *Hérard*, il n'y avait pas de kyste enveloppant.

M. *Barth*. On pourrait se demander ce qui serait advenu, si la malade avait guéri. La membrane hydatique se serait ramollie de plus en plus ; puis la cavité se serait oblitérée et aurait laissé une ci-

catrice dont il eût été bien difficile de reconnaître la cause. Les cicatrices dues à la guérison des tubercules, n'occupent pas habituellement la partie inférieure du poumon; les abcès sont très rares, la gangrène ne donne pas lieu à des pertes de substance aussi étendues. On se serait probablement arrêté, dans un cas semblable, à l'idée d'une ancienne cavité apoplectique.

M. Lebert. L'examen microscopique des crachats, dans des cas semblables peut éclairer le diagnostic. Les membranes hydatiques ont une structure spéciale; elles apparaissent comme des conches vitrées lamelleuses. J'ai reconnu à ces caractères évidents la nature des membranes de cette espèce, rendues par les selles. Il y a quelques temps, M. Lebert a présenté à la Société un kyste hydatique du foie dans lequel je n'ai pu trouver d'échinocoques; c'est déjà pour la deuxième fois que j'observe un fait semblable; dans ces cas, au centre de la vésicule mère, on trouvait un bourgeonnement remarquable. J'ai écrit qu'il n'y avait pas de tumeurs hydatiques sans échinocoques; cette opinion était exagérée, comme je m'en suis convaincu depuis.

M. Barth. Il est incontestable que ces lambeaux ont été reconnus quelquefois dans les vomissements et dans les selles; mais, dans le cas actuel, l'orifice des bronches, assez étroit pour ne pas admettre le bout du stylet fin, ne pouvait donner passage à des débris de membranes facilement reconnaissables.

5. M. Deville montre une disposition anormale du péritoine consistant surtout dans la présence de tout l'intestin grêle avec son mésentère, dans l'arrière-cavité des épiploons.

Le péritoine présente souvent des variétés dans la longueur, la forme, l'intégrité de quelques uns de ses replis; mais ces variations n'influent en rien sur sa disposition générale qui est toujours la même, telle que tous les anatomistes la connaissent. Il m'était arrivé cependant d'observer un cas singulier que je dus me contenter d'évoquer de vive voix à la Société, la pièce ayant été perdue avant d'avoir été convenablement examinée; dans ce cas, l'intestin grêle n'était pas placé dans la grande cavité péritonéale, mais dans une cavité située au dessus du colon transverse. Ce fait d'anatomie anormale fut bien constaté, mais il n'avait pu avoir toute l'authenticité désirable, et

surtout avait été annoncé par moi, sans aucun détail. Je le regrettais vivement, lorsqu'un heureux hasard est venu mettre à ma disposition une pièce toute semblable à laquelle l'examen fait en séance par les membres de la Société anatomique, donne désormais une authenticité complète.

Cette pièce provient du cadavre d'un homme jeune, d'une trentaine d'années, grand, bien constitué, svelte et dont le ventre était passablement creux à l'extérieur. Le cadavre servait à l'amphithéâtre de Clamart, pour les études anatomiques, et des élèves inexpérimentés avaient commencé à examiner les viscères abdominaux, sans se douter qu'ils étaient irrégulièrement disposés; il en est résulté la destruction fâcheuse de certaines dispositions, mais pas assez cependant pour que l'ensemble du fait ne puisse encore être bien saisi.

"La paroi abdominale antérieure étant fendue par une incision cruciale, de manière à ouvrir la cavité péritonéale, on n'aperçoit pas la moindre trace d'intestin grêle. Le devant des régions hypogastrique, ombilicale, des fosses iliaques et des flancs, est occupé par des circonvolutions en S du gros intestin. Au dessous de ces circonvolutions, la cavité pelvienne et ses organes sont normaux. Au dessus, est l'estomac, escorté de chaque côté par le foie et la rate, et séparé du gros intestin par un large épiploon gastro-colique. Si l'on vient à suivre dans son trajet le gros intestin, voici ce qu'on observe :

1° A partir du *cæcum* qui est bien à sa place, le *colon ascendant* monte régulièrement, mais il s'arrête bientôt au niveau de l'extrémité inférieure du rein droit, bien avant par conséquent d'arriver contre le foie, dont le *sépare* toute l'épaisseur de la couche duodénale décrite plus loin. Il est dépourvu de mésentère.

2° Ce colon ascendant régulier, à part sa brièveté, se continue en se recourbant, avec ce qui devrait être le *colon transverse*. Aussitôt après cette inflexion, le gros intestin descend verticalement de haut en bas, au devant du flanc et de la fosse iliaque du côté droit; arrivé au bas de la fosse iliaque, il remonte du bas en haut jusqu'au près du duodénum, et forme ainsi un S complet. Il se continue ensuite, sans ligne de démarcation, au niveau de l'ombilic, avec le reste du gros intestin qui décrit jusqu'au rectum, et de la même manière, des courbes irrégulières en S. Je distingue

dans la description cette portion droite du gros intestin, le colon droit, de la portion gauche, colon gauche ou iliaque, parce que les rapports du colon droit avec les lames péritonéales sont détruits malheureusement tandis que, du côté gauche, les rapports analogues sont intacts sur la pièce que je présente.

Malgré la destruction malencontreuse des rapports du colon droit, les débris persistants et qu'on peut presque rejoindre, permettent de supposer qu'il devait y avoir une disposition analogue à celle que je vais décrire, mais ce n'est pas absolument sûr.

La première portion du duodénum est enveloppée de toutes parts par le péritoine qui lui forme une lame postérieure et une lame antérieure. Sur le côté droit ces deux lames se disjoignent; la lame antérieure se continue avec le péritoine qui descend du foie sur le flanc droit et se relie ainsi au feuillet général de la grande cavité péritonéale; la lame postérieure, au contraire, arrivée à la paroi abdominale postérieure, se recourbe le long de cette paroi, de droite à gauche, pour se continuer avec le feuillet de l'arrière-cavité des épiploons.

Par en bas, ces deux lames enveloppant la première portion du duodénum se réunissaient probablement, pour former une lame unique, et se porter vers l'S du colon droit. Arrivées là, elles se séparaient de nouveau, enveloppaient le colon, l'une en avant, l'autre en arrière, pour venir se rejoindre et se séparer encore. A partir de cette dernière séparation, le feuillet antérieur descendait sur la paroi abdominale postérieure près du flanc droit et se continuait régulièrement sur cette paroi, tandis que le feuillet postérieur remontait pour se continuer avec le feuillet de l'arrière-cavité des épiploons, dédoublement tout-à-fait analogue au dédoublement normal du méso-colon transverse, avec cette différence qu'à l'état normal, le méso-colon transverse se dédouble sur la paroi abdominale, suivant une ligne à peu près transverse du flanc droit au flanc gauche, tandis qu'ici le dédoublement avait lieu suivant une ligne oblique de haut en bas et de droite à gauche, depuis le flanc droit jusqu'à l'ombilic. Quoi qu'il en soit de la réalité de cette disposition, qui est très probable, l'S du colon droit était extrêmement mobile.

3° A l'S du colon droit, font suite, sans ligne de démarcation,

deux autres grandes circonvolutions en S du gros intestin, étendues de l'ombilic à la fosse iliaque gauche, sans passer par le haut du flanc; ces circonvolutions forment le colon gauche, représentent une partie du colon *transverse*, le *colon descendant* et l'*S iliaque du colon*, qui n'occupent plus leur place habituelle, et n'ont pas non plus leur direction ordinaire. Elles occupent les régions ombilicale, hypogastrique et de la fosse iliaque gauches, et reçoivent ce qu'on appelle les deux *feuillet*s antérieurs du grand épiploon, sauf la portion droite déjà signalée, venant du duodénum.

Les deux *feuillet*s d'enveloppe, antérieur et postérieur de l'estomac, après avoir revêtu cet organe, se rejoignent comme d'habitude le long de la grande courbure, s'accroissent et descendent accolés de haut en bas, pour gagner, sans former de tablier, non pas le colon transverse, mais les circonvolutions gauches indiquées, du gros intestin, suivant la direction d'une ligne irrégulière et oblique, étendue de haut en bas et de droite à gauche, de l'ombilic à la partie latérale gauche du détroit supérieur du bassin, là où commence le rectum. Ils tombent sur les circonvolutions du colon, non sur le bord antérieur, ni supérieur, mais sur le bord postérieur, et l'abandonnent aussitôt.

Le feuillet antérieur revêt à lui seul le gros intestin sur ses faces supérieure, antérieure et inférieure, et revient presque au point de départ, sans avoir formé de tablier descendant de l'épiploon, il se dirige en arrière en tapissant la face inférieure des vaisseaux cœliques, comme le fait d'habitude le feuillet inférieur du *mésocolon transverse*. Il finit par rencontrer la paroi abdominale postérieure, suivant une ligne oblique, étendue du milieu du bord inférieur de la 4^e vertèbre lombaire, à la symphyse sacro-iliaque gauche. À droite, ce feuillet se continue avec le *mésocolon droit* déjà décrit. En bas, il descend sur la paroi abdominale pour la tapiser, et se continue dans le bassin. À sa jonction avec le devant de la colonne vertébrale, il est percé, pour le passage de la fin de l'intestin grêle, d'une ouverture dont il est question plus loin.

Le feuillet postérieur ne fait que toucher le bord postérieur du colon gauche. Rejoint de suite par le feuillet antérieur qui l'avait abandonné pour entourer l'intestin, il se porte avec lui directement

en arrière, en formant le second feuillet, le feuillet supérieur du méso-colon gauche. Arrivé à la paroi abdominale postérieure, il abandonne le feuillet inférieur, et remonte le long de cette paroi, pour se continuer, comme le feuillet décrit du méso-colon droit le faisait aussi probablement, avec le feuillet de l'arrière-cavité des épiploons.

4° Le *rectum* est régulier, et bien à sa place.

5° Au dessus du colon, entre lui et l'estomac, est un intervalle assez large occupé par les deux feuillets décrits de l'épiploon gastro-colique, qui va directement d'un organe à l'autre, en formant une lame descendante derrière laquelle on aperçoit les convolutions de l'intestin grêle qui la soulèvent. Si l'on divise cette lame, on tombe, comme toujours, dans l'arrière-cavité des épiploons, mais considérablement agrandie, pour loger dans son intérieur la totalité de l'intestin grêle avec son mésentère.

6° L'estomac, le foie et la rate sont régulièrement disposés, seulement refoulés un peu notablement par en haut, sous le diaphragme.

7° Le *duodénum* se continue avec l'estomac comme à l'ordinaire. Aussitôt après son origine, la première portion se porte en haut, en arrière et à droite; arrivée près du foie, elle descend en passant au devant de la tête du pancréas, jusqu'au dessous du niveau de cette tête; cette portion descendante représente la deuxième portion du duodénum, mais déplacée, puisqu'elle est en avant du pancréas, au lieu d'être à droite. A partir de la partie inférieure de la tête du pancréas, la troisième portion, au lieu d'être horizontale, remonte de bas en haut, longe tout le bord droit de la tête du pancréas jusqu'à la partie supérieure de celle-ci. Là seulement, elle se recourbe pour devenir horizontale de droite à gauche, se loge immédiatement derrière le pancréas, entre lui et la colonne vertébrale, puis se dégage sous le bord inférieur du pancréas, au niveau des vaisseaux mésentériques supérieurs, pour se continuer avec l'intestin grêle.

Les deux premières portions du duodénum sont enveloppées par les deux feuillets péritonéaux qui s'en détachent, comme nous l'avons supposé (vu la déchirure), pour aller constituer la partie droite de l'épiploon gastro-colique. La partie ascendante de la troisième portion répond à la limite droite de l'arrière-cavité des épiploons. La

partie horizontale cachée pas le pancréas dans toute sa longueur, est sans rapport avec le péritoine.

L'*hiatus de Winslow* est régulier, bien ouvert, large et libre, remonté seulement un peu en haut dans sa position, comme le foie qu'il touche.

8° Le *pancréas* est complètement normal. La crosse se recourbe de haut en bas comme à l'ordinaire. Le canal pancréatique logé dans l'épaisseur du bord supérieur, d'abord horizontal, se recourbe avec la crosse pour devenir vertical; il reçoit quelques gros canaux distincts dans la crosse, et va s'aboucher dans le canal cholédoque, au moment où celui-ci se jette dans le duodénum.

Le *canal cholédoque*, après avoir servi, avec l'artère hépatique et la veine porte, à limiter le devant de l'*hiatus de Winslow*, pénètre au centre de la crosse du pancréas, qu'il parcourt de haut en bas, un peu en avant du canal pancréatique; il tombe *perpendiculairement* sur le duodénum, à la jonction de la deuxième portion avec la partie ascendante de la troisième portion, et s'abouche dans le duodénum, après s'être renflé en ampoule à l'extérieur, au niveau de sa jonction avec le canal pancréatique.

9° L'*intestin grêle*, né du duodénum et pourvu d'un mésentère très régulier, décrit toutes ses circonvolutions dans l'intérieur de l'arrière-cavité des épiploons, dont il occupe la grande partie gauche. Un décimètre avant sa fin, il s'engage librement, sans adhérences aucunes, par un trou qui est à la base du mésocolon, vis à vis le corps de la 4^e vertèbre lombaire, trou à bords lisses, qui traverse les deux feuillets du mésocolon, et qui forme entre la grande cavité péritonéale et l'arrière-cavité des épiploons, une ouverture assez analogue à l'*hiatus de Winslow*. Le dernier décimètre d'intestin grêle, accompagné par la fin du mésentère qui a passé par la même ouverture, va se jeter dans le caecum comme à l'ordinaire, sauf, qu'il le rencontre suivant un angle aigu, au lieu de l'angle obtus normal.

10° *Arrière-cavité des épiploons*. — On voit d'après cela, que le feuillet péritonéal postérieur de l'estomac, descend à partir de la grande courbure en doublant le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-colique, jusqu'au bord postérieur du gros intestin; sans former le tablier de l'épiploon; puis il se porte en arrière, le long de la face

supérieure des vaisseaux coliques, doublant le feuillet inférieur de ce qu'on pourrait appeler le méso-colon transverse, et arrive à la paroi abdominale postérieure. Là, il est percé d'un trou pour le passage de la fin de l'intestin grêle. Il remonte ensuite de bas en haut le long de cette paroi, passe sur tout l'intestin grêle en formant la presque totalité (sauf pour le décimètre inférieur) des deux feuillets du mésentère, tapisse le devant du pancréas, et au dessus de cet organe, se comporte comme d'habitude. L'arrière cavité limitée par ce feuillet, communique avec la grande cavité péritonéale, par l'hiatus de Winslow, et par l'ouverture libre du méso-colon par laquelle passe la fin de l'intestin grêle.

110. Vaisseaux mésentériques.—Il y a deux artères mésentériques, supérieure et inférieure.

La mésentérique supérieure naît de l'aorte par un tronc qui lui est commun par en haut avec l'origine du tronc colique. Elle se porte de haut en bas dans l'épaisseur du bord adhérent du mésentère, pour fournir quatre grosses branches collatérales gauches, et une branche terminale droite. Les quatre grosses branches collatérales gauches se divisent bientôt dichotomiquement pour s'anastomoser et se subdiviser suivant la règle de distribution des artères intestinales; la seule différence avec l'état normal, réside dans le petit nombre (quatre) et le volume des branches primitives. La branche terminale droite quitte le mésentère, descend plus à droite le long de la paroi abdominale postérieure de gauche à droite, et fournit les artères coliques droites.

La mésentérique inférieure est régulière. Elle très bas, elle est logée dans la bourse du méso-colon gauche, et fournit les artères coliques gauches.

Les intestins ont été mesurés en prenant la précaution de les étaler le moins possible pendant la séparation des mésentères. L'intestin grêle, moins le duodénum, avait sept mètres et les valvules conniventes très rares s'arrêtaient un peu au-dessous du milieu de la longueur. Le gros intestin, moins le rectum, avait un mètre trente centimètres.

Toutes les lames péritonéales étaient régulières, transparentes, sans brides ni adhérences.

8. M. *Darapud* *Parde* présente un petit corps ressemblant à un insecte, aplati, corné, comme formé d'anneaux, semblant pourvu d'une queue et d'une tête, tendu après les efforts de toux par un enfant rachitique.

9. M. *Foucher* présente une hernie ombilicale, trouvée à l'autopsie d'une femme morte à l'hôpital de la Charité. (Service de M. Velpeau).

Depuis deux jours, cette malade était atteinte de douleurs abdominales, de vomissements, accidents qu'on attribuait à une tumeur située à la région ombilicale. Elle succomba une heure après l'admission à l'hôpital. La cavité abdominale contenait du pus et de la sérosité rouille; à un pouce au dessus de l'ombilic, existait une tumeur du volume d'une grosse noix, formée par une petite cavité séparée enveloppant une partie du ligament suspenseur du foie. Au dessous du pylôre, au commencement du duodénum, existait une ulcération de la grandeur d'une pièce de dix sous, à bords amincis, sans traces d'adhérence avec la tumeur herniaire ou l'orifice par lequel elle s'engage. On ne retrouvait ailleurs aucune autre ulcération. Dans ce cas le chirurgien, trompé par la présence de la tumeur à la région ombilicale, aurait pu entreprendre une opération inutile.

M. *Duville*. J'ai vu dans le service de M. P. Bérard une femme dont la maladie aurait pu faire commettre une erreur du même genre; cette femme portait dans l'aîne gauche, une tumeur qui avait l'aspect d'une hernie; de plus, depuis un ou deux jours, elle était atteinte de vomissements. La mort survint le lendemain: on trouva un cancer de l'estomac; la tumeur inguinale était formée par un véritable varicocèle de la femme. (Vide Bulletin de la Société anatomique, 1843).

10. M. *Foucher* met sous les yeux de la Société une seconde pièce. Elle provient d'un homme d'une soixantaine d'années, traité pour une rétention d'urine par les bougies à demeure; la sonde pénétrait facilement dans la vessie. Ce malade présenta brusquement des accidents d'une péritonite et d'une rupture de l'urètre, auxquels il succomba. A l'autopsie, on trouve une perforation de la portion spongieuse de l'urètre, puis la muqueuse vésicale épaissie, ainsi que la musculuse; sur le bord postérieur de la prostate est implantée une tumeur du volume d'une grosse noix, pyriforme, ferme et dense.

M. *Duville* regarde cette tumeur comme le résultat du développement morbide d'un des lobes de la prostate. La présence de la

bougies et du cathéter lui semble insuffisante pour expliquer la perforation de l'urètre. On ne connaît aucun cas pareil dans la science. Il est plus facile de croire que ce malade, ayant voulu pratiquer lui-même le cathétérisme, aura fait la perforation.

11. *M. Broca montre un cas de transformation graisseuse des synoviales tendineuses de l'extenseur commun des doigts.*—Le long des tendons de ce muscle, sur la face dorsale de la main, les synoviales sont remplacées par de petites masses graisseuses, ayant l'aspect frangé, se continuant immédiatement avec le tissu cellulaire entourant les fibres tendineuses. Au niveau des tendons extenseurs, la peau saine, sans cicatrice, n'offrait ni callosité ni épaissement.

M. Deville remarque que cette lésion fort curieuse n'a pas été indiquée par les auteurs, il la croit consécutive à un ganglion, et montre comment pendant la vie elle aurait pu aisément être confondue avec cette espèce de tumeur.

12. *M. Caudmont* présente un cancer de la vessie. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un vieillard de 70 ans environ, livré aux dissections de l'école pratique. Le caryeau seul avait été ouvert, ce qui pourrait faire croire que la cause réelle de certains accidents occasionnés par la maladie des organes urinaires a été méconnue dans ce cas. Une tumeur sphérique, du volume de la tête d'un fœtus à terme fait saillie dans la vessie, au niveau de sa paroi supérieure et un peu postérieure, n'intéressant pas le trigone vésical. La paroi antérieure de l'organe, contre laquelle la masse morbide était intimement appliquée n'offrait aucune lésion; la tumeur, d'un jaune blanchâtre, assez molle, présente l'aspect de l'encéphaloïde, mêlée de petits grumeaux de fibrine. La muqueuse forme, à son pourtour, un bourrelet un peu saillant et décollé. Un peu plus à gauche, sous la muqueuse vésicale, on rencontre une autre tumeur moins volumineuse, mais de même nature. Cette tumeur, dit *M. Caudmont*, me semble développée dans la paroi postérieure de la vessie; j'ai déjà fait voir, il y a quelques mois, à la Société, un autre exemple de cancer; dans cette pièce on trouvait également la partie postérieure et supérieure seule malade, le trigone, au contraire, intact. Aussi, chez ce dernier malade, que j'observai pendant sa vie, l'intensité des accidents était-elle peu marquée et nullement en rapport avec la gravité des lésions.

M. De Sille, depuis les cancérs de la vessie ne sent pas préformés; leur développement s'est fait exceptionnellement en rencontrant d'anciennes tumeurs. Quoiqu'il en soit primitif ou cancéreux, je ne partage pas l'opinion de M. Gosselin sur la position exorbitante de la partie postérieure du kyste septu si position de la tumeur, à la dissection de l'organe, l'indication d'une membrane interne, sans désorganisation semblable du produit morbide, une fois vu que la tumeur a perforé la vessie et qu'elle est devenue...

M. Barck partage l'opinion de M. De Sille; il ajoute que la structure intérieure des lésions semble le démontrer. On y observe de nombreux amas de fibrine; des épanchements, la tumeur était d'origine vasculaire. Si elle était venue primitivement dans la paroi même de la vessie il n'est guère probable qu'elle eût pu acquiescer un volume aussi considérable sans causer de mort du malade.

La position du péritoine ne peut servir de preuve; car le cancer se développant dans le tissu cellulaire du bassin, le péritoine pourrait être conservé et rester en arrière de la tumeur.

M. B. Barck nous montre un intestin grêle rétracté ayant le volume d'un petit doigt. Cet intestin présente de petites appendices graisseux; M. Barck insiste sur cette pièce pour montrer la nécessité, à la suite de certaines dysenteries, de combattre cette rétraction, qui amène la suite des constipations opiniâtres et des accidents plus ou moins graves. Cette pièce a été recueillie sur un fœtus de 77 ans, apportée à l'hôpital de la Salpêtrière dans un état semi-mortel, avec résolution des muscles, et rétraction légère des doigts, du côté droit. Cela fit croire à une lésion cérébrale récente, survenant chez un sujet atteint d'une ancienne affection du côté gauche du même organe. A l'autopsie, on trouva un ancien foyer apoplectique dans l'hémisphère de la queue optique et la corne gauche; du côté opposé une infiltration de sang dans le tissu cérébral, dans le corps strié et pénétrant jusqu'à la ventricule latéral.

14. Le même membre fait voir la *vésicule biliaire* d'une femme morte de pneumonie. A sa face interne se rencontrent de petites concrétions jaunâtres, semi-dures, qui sont corps avec elle. Plusieurs calculs existaient dans la cavité de la vésicule, un dans le canal cystique, plusieurs autres concrétions de même nature dans le canal

aboloïque. Le caulet contenu dans le canal cystique était assez gros, cependant il permettait s'échapper le passage de la bile laquelle trouva l'échappée dans la vésicule. Dans le canal aboloïque, les caulets étaient beaucoup plus petits, plus blanchâtres. Mais d'autres caulets supposés, dans cet endroit, les sphyères étrangères ne sont pas plus facilement et être chassés par la bile qu'ils s'abaissent derrière eux?!

15. M. Sabinet met sous les yeux de la société *une dissection de l'aorte à sa naissance*, avec épanchement de sang dans le péricarde, ayant occasionné une mort subite d'une hoquette de 44 ans, décédée le 5 Janvier 1831, dans le service de M. Serres, à l'hôpital de la Pitié; ce malade paraplégique, auquel on avait été atteint ambilement de cette paralysie, sans avoir jamais présenté de troubles dans les mouvements des membres supérieurs et de l'intelligence. Le sup-
scutula bruyamment dans la nuit du 10 janvier. Aucune lésion dans le cerveau ou la moelle ne purent expliquer le développement de la paraplégie; les poumons volumineux, étaient gorgés de sang noir, principalement en arrière, le péricarde rempli de caillots de sang noir, comprimés. Au niveau de l'origine de l'aorte, un peu au-dessus de ses valvules, déchirure transversale de la tunique interne et moyenne des artères, occupant au moins le tiers de sa circonférence; le tissu épithélial, un peu décollé au dessous, permet de saisir un petit orifice aboutissant à un orifice d'un petit diamètre, du volume d'une tête d'épingle, qui a permis l'écoulement de sang dans le péricarde. Les bords de la déchirure sont un peu déchiquetés; les tuniques artérielles sont épaissies, sans dépôts uniformes, sans caillots dans les

M. Monod rappelle que M. Cruveilhier a montré, à la Société anatomique un exemple d'anévrysme disséminé étendu; il occupait presque toute la hauteur de l'aorte de l'homme.
16. M. Londe présente une *tumeur fibreuse de l'ovaire*. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'une femme de 72 ans, morte à la Pitié dans un état d'adynamie avancée. Pendant la vie, une ascite considérable avec infiltration des membres inférieurs avait fait soupçonner une cirrhose; le cœur n'offrait aucune lésion. A l'autopsie, on trouva le foie légèrement cirrhosé, les reins sains. La tumeur implantée sur l'ovaire gauche, dont on retrouve encore une partie atrophie, se composait de deux masses, l'une qui était appli-

quée sur l'osaire, plus petite, tenait à une autre beaucoup plus volumineuse, piriforme, à grosse extrémité dirigée en haut, ayant dans son plus grand diamètre 43 centimètres. Cette tumeur présente manifestement à son intérieur la structure du tissu fibreux. D'autres petites tumeurs, du volume d'un pois, sont contenues dans les ailerons du ligament large gauche; la trompe et les ligaments ronds sont sains. L'utérus d'un volume ordinaire, contenait dans sa paroi antérieure un petit corps fibreux interstitiel, du volume d'un pois, faisant, à la paroi interne de la cavité utérine, une légère saillie.

17. M. Bouchet fait voir une consolidation à angle de 35° d'une fracture du fémur, dans son tiers supérieur. Le sommet de l'angle est tourné en dehors. Les fragments chevauchent l'un sur l'autre et sont réunis par de la substance osseuse solide.

M. Deville: Cette réunion, quelquefois presque droite, est très fréquente, et la plupart des appareils employés sont insuffisants pour la combattre; ce genre de déplacement est celui que M. Malgaigne cherche à combattre en appliquant une longue attelle externe.

M. Houel: Le musée Dupuytren possède de nombreux exemples de ces déplacements si fréquents à la suite de fractures du fémur, qu'on pourrait presque dire qu'aucune ne guérit, sans laisser après elle au moins un raccourcissement d'un pouce.

M. Houel regarde le muscle psoas, comme ayant été ici la cause du déplacement.

M. Deville. On ne peut calculer avec exactitude l'action d'un muscle quelconque, dans le déplacement des fragments d'une fracture; souvent même les auteurs ont, d'après l'action présumée des muscles, conclu au sens du déplacement des fragments. Ainsi, il est admis par la plupart des chirurgiens que, dans la fracture du fémur, immédiatement au dessus des condyles, le fragment inférieur bascule et son extrémité supérieure se dirige en bas et en arrière; cependant, des faits prouvent que ce déplacement n'est pas à beaucoup près constant. J'ai eu occasion d'examiner anatomiquement une fracture, dans l'endroit indiqué, sur le cadavre d'un malade mort dans le service de M. Velpeau; la fracture se dirigeait de haut en bas et d'arrière en avant, les deux fragments étaient l'un et l'autre inclinés en

avant. M. Lacroix le dit avec raison, quand il a été un calculaire produit un déplacement dans les fractures, c'est une exagération la courbure normale des os. C'est ce qui a eu lieu manifestement dans la pièce que nous avons sous les yeux.

M. Houel. M. Malgaigne a cité dans son ouvrage des faits semblables.

8. M. Parmentier montre un cancer de l'estomac développé depuis un an, chez un homme de 38 ans. La tumeur volumineuse, envahissant toute la portion de l'estomac voisine du pylore, adhère au foie et au colon transverse; un petit foyer purulent existait entre l'extrémité pylorique de l'estomac et la vésicule biliaire.

19. M. Broca présente une hypertrophie de la prostate, trouvée sur le cadavre d'un homme de 60 ans environ, apporté dans les Pavillons de l'École pratique. La prostate très volumineuse, ayant près d'un pouce de hauteur, forme une saillie surtout étendue, trapézoïdalement, offrant à sa partie médiane deux saillies qui se continuent avec les lobes latéraux manifestement hypertrophiés. La tunique muqueuse de la vessie, hypertrophiée, a au moins deux centimètres d'épaisseur; dans son intérieur, se trouve un petit abcès sans communication avec la vessie, mais s'ouvrant dans la cavité du péritoine dont l'inflammation révélée par ses caractères anatomiques ordinaires, a été probablement la cause de la mort du malade. Un autre abcès, sans communication avec la face externe ou interne de la vessie, se trouvait dans cette paroi. Les uretères, surtout le gauche, sont volumineux. Les calices et les bassinets sont distendus par une espèce de muco-pus assez épais; leur surface interne légèrement injectée. La tunique fibreuse du rein épaissie (de 2 à 3 millimètres), plus adhérente que dans l'état normal. Les reins, le gauche surtout, semblent un peu augmentés de volume. Les deux substances de cet organe sont plus denses et plus résistantes que dans l'état normal. Les conduits déferents étaient très volumineux, les vésicules séminales entourées par un tissu lardacé, adhérent au bas fond de la vessie, à la prostate et aux uretères.

J'ai cherché dans ce cas si, comme l'a dit Huschke, les orifices des follicules muqueux qu'il a décrits dans la vessie, en ajoutant cependant qu'ils ne deviennent apparents que dans l'hypertrophie du lobe

moyens de la prostate, pouvaient être reconnus. Je n'en ai pas trouvé, et l'an dernier, je n'ai pas été plus heureux dans un cas semblable.

La cavité du *verumontanum* ne m'a pas paru augmentée.

M. Devillq montre qu'on ne peut admettre, dans ce cas, une hypertrophie du lobe moyen, comme l'ont indiquée les auteurs.

M. Broca partage la même opinion.

2^e M. Lebrez présente un *cancer* de la vessie et du rein. Ces pièces anatomiques ont été trouvées sur un homme d'une cinquantaine d'années, entré à l'Hôtel-Dieu, dans un état de cachexie avancée. A l'autopsie, on trouve un cancer du rein et de la vessie. Le rein droit, très volumineux, est envahi par l'encéphaloïde; la tunique fibreuse est intacte, laissant apercevoir plusieurs bosselures nodales. La vessie, à sa face postérieure surtout, est parsemée de mammelons, s'écrasant sous les doigts, du volume d'une grosse noisette, ayant les caractères de l'encéphaloïde. Un dépôt de même nature s'est ramassé également, dans les ganglions lombaires. Le cancer de la vessie présentait des petites cavités kystiques, et des dépôts de coagulation. Un petit calcul se trouve dans le bouchon du rein du côté opposé.

M. Barth. cite un cas de cancer du rein, très volumineux, qui fut pris pour un abcès, des parois abdominales et dans lequel on plongea à plusieurs reprises divers instruments chirurgicaux.

M. Broca. Le volume quelquefois énorme des cancers du rein tient surtout au dépôt d'une grande quantité de fibrine. Je n'ai jamais trouvé de pus dans un cancer. On trouve en outre dans ces cancers du rein beaucoup de matières grasses.

M. Blandin présente une *entérite du gros intestin* sur un homme âgé de 55 ans affecté depuis plus de deux mois de diarrhée, qui succomba à l'Hôtel-Dieu (service de M. Chomel). Des ulcérations nombreuses, un peu elliptiques, occupaient toute la surface du gros intestin, s'arrêtant sur le bord de la valvule du côté de l'intestin grêle. Dans cette portion du tube digestif, existaient par places quelques arborisations capillaires, sans développement ou ulcération des follicules. Tous les autres organes étaient sains.

M. Bonneau montre une *arthrite du genou*, survenue chez

un enfant et qui a nécessité l'amputation, pratiquée par M. Guersant, à l'hôpital des Enfants. Les os présentent, au niveau du condyle externe du fémur et du tibia, des traces de carie, reconnues pendant la vie, par l'exploration au moyen du stylet introduit dans plusieurs M. fistules fistuleux qui se trouvaient à ce niveau. La maladie était limitée à la partie externe de l'articulation, le moignon étant complètement saisi.

M. Daville. Cette pièce vient à l'appui d'une opinion que j'ai déjà d'une fois formulée dans le sein de la Société : que l'articulation du genou se divise en 3 articulations presque indépendantes, une pour chaque condyle fémoral avec la cavité correspondante du tibia, une troisième pour les rapports de la rotule avec le fémur.

23. M. Bompou met également sous les yeux de la Société, une vessie et le rectum d'un enfant qui a succombé à l'hôpital des Enfants, aux accidents d'une phlegmasie de ces organes. Cet enfant jouissant auparavant d'une bonne santé, se plaignait depuis un an de douleurs dans la région hypogastrique; ses urines étaient purulentes, déposant après l'addition de l'acide nitrique, une matière blanchâtre. On eut recours à des injections vésicales de substances astringentes, de nitrate d'argent, à l'emploi du seigle ergot et des douleurs hypogastriques augmentèrent; des symptômes aigus apparurent et se terminèrent par la mort. Au vessey d'un aspect ordinaire, l'os du développement marqué des dolomites charnues. Sa muqueuse est grise par places, ailleurs parsemée de petits points rouges.

24. M. Barth montre d'abord une tumeur fibreuse, dit l'os du de la tête en adulte, développée dans la paroi de l'utérus. Cette tumeur appartenait à une femme de 84 ans, entrée le 25 janvier à l'infirmerie de la Salpêtrière et morte de pneumonie. La tumeur fibreuse (interstitielle), est développée dans la paroi antérieure de l'utérus. Elle est formée d'un tissu blanc jaunâtre, un peu mou et de quelques vaisseaux; sous la couche utérine enveloppante se trouvent de nombreux vaisseaux d'un volume remarquable. Cette vascularité de la tumeur, les épanchements sanguins auxquels elle se donne lieu, peuvent compter de son volume. Par conséquent, dit M. Barth, de ces épanchements de sang à tous les degrés dans les tumeurs fibreuses. Ces tumeurs peuvent, chez les vieilles femmes surtout, être d'un dia-

Autopsie. — Thorax bombé à droite. Circonférence du côté droit de la poitrine depuis le rachis jusqu'au sternum, à droite 0 m. 39 ; à gauche, 0 m. 32.

La plèvre droite contenait des gaz inodores, un verre environ de sérosité citrine, des fausses membranes épaisses, gélatineuses, en grand nombre, surtout dans la région la plus déclive. Le poumon droit refoulé en haut et en arrière, vers la racine des bronches, forme une masse du volume du poing, couverte par des pseudomembranes denses, se continuant avec celles qui sont accumulées dans la gouttière costo-vertébrale ; le lobe supérieur droit présente, à sa base et en dehors, une vaste déchirure capable de loger une petite pomme ; le parenchyme est ramolli, sans traces de tubercules, sans odeur gangreneuse. Les autres lobes sont aplatis mais sains. Une insufflation énergique parvenait difficilement à distendre ce poumon. A gauche, le poumon était sain, un seul ganglion bronchique contenait de la matière caséuse. Les autres organes étaient comme à l'état sain.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

51

XXVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 2, février 1881.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

- A. *Extrait des procès-verbaux.* — 1. Tubercules de la plèvre. — 2. Tubercules des plexus choroides. — 3. Reins albuminuriques. — 4. Polype des fosses nasales et du sinus maxillaire. — 5. Rachitisme. — 6. Calcul rénal. — 7. Polype muqueux utérin. — 8. Mélanose du poulmon. — 9. Tumeur fibreuse utérine. — 10. Corps étrangers péri-articulaires. — 11. Polype du larynx. — 12. Tubercules des capsules surrénales. — 13. Cancer du pyllore. — 14. Abscesses du péricarde. — 15. Péricardite chronique. — 16. Absence d'un rein. — 17. Infiltration tuberculeuse des organes urinaires. — 18. Fracture du crâne avec ostéomyélite. — 19. Ostéomyélite de la vessie. — 20. Concrétion calcaire sur la zone auriculo-ventriculaire gauche du cœur. — 21. Tumeur fibreuse utérine. — 22. Ectérie chronique. — 23. Kyste pileux des ovaires. — 24. Tubercules des os. — 25. Kystes séreux des ligaments larges, leur siège au niveau de l'organe de Rosenmüller. — 26. Fracture du col du fémur. — 27. Splénisation pulmonaire. — 28. Kyste hydatique du foie. — 29. Cavernas tuberculeuse du poulmon. — 30. Ulcération de l'intestin par des ganglions mésentériques tuberculeux. — 31. Calculs biliaires placés au milieu d'adhérences cellulo-fibreuses dans le foie et la vésicule. — 32. Apoplexie du foie. — 33. Concrétion ossiforme du corps thyroïde. — 34. Ostéomyélite. — 35. Croup. — 36. Gangrène des orteils et d'une partie des métatarsiens. — 37. Cancer du rein. — 38. Pieds-bots; de l'altération graisseuse des muscles, et de son influence sur la production des pieds-bots. — 39. Mélanose de l'œil. — 40. Luxation des deux os iliaques avec fracture. — 41. Cancer du cœur. — 42. Apoplexie pulmonaire. — 43. Hernies cellulenses de la vessie. — 44. Tubercules du cervelet. — 45. Ossification des artères coronaires du cœur. — 46. Cardite et péricardite. — 47. Déformation du foie. — 48. Kystes séreux du ligament large. — 49. Perforation de l'estomac bouchée par le sternum. — 50. Cancer de l'utérus. — 51. Vascularisation du col utérin. — 52. Hernies de la muqueuse du rectum. — 53. Oblitération du col de l'utérus.
- B. Carie vertébrale, par M. Rombeau.
- C. Rapport sur l'observation précédente, par M. Lebert.
- D. Kyste de l'ovaire traité par les ponctions multiples, la canulle à demeure, les injections irritantes. Mort. — Par M. Dutard.

Extrait des procès-verbaux de la Société anatomique.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Dufour présente plusieurs pièces :

1° Des granulations tuberculeuses de la plèvre ; cette membrane est parsemée de petits points blanchâtres, semi-transparents, durs.

2° Des tumeurs probablement tuberculeuses des plexus choroïdes, contenues dans les ventricules latéraux du cerveau; ces tumeurs sont du volume d'un gros pois d'un blanc grisâtre, molles ; la matière qui les constitue est granuleuse, fine.

3° Les reins albuminuriques d'un enfant âgé de 4 ans 1/2, sourd-muet, mort dans le service de M. Bouneau à l'hôpital des enfants malades. Cet enfant, entré pour une stomatite, fut atteint d'un anasarque général, compliqué bientôt d'un trouble extrême de la respiration occasionné par la production d'un épanchement séreux dans le thorax. Les urines contenaient beaucoup d'albumine et même un peu de sang, reconnaissable uniquement à l'examen microscopique. A l'autopsie, on constata un épanchement avec pseudo-membranes dans le côté droit du thorax, une hépatisation du sommet du poumon du même côté ; un épanchement uniquement séreux sans pseudo-membranes dans la cavité pleurale gauche. Les reins légèrement augmentés de volume, sont pâles extérieurement, sans adhérence anormale du parenchyme avec la fibreuse d'enveloppe, les vaisseaux non développés, à peine quelques petites stries sanguines ne se réunissant nulle part sous forme d'étoiles, les granulations manquent complètement. A l'intérieur, la substance corticale, non manifestement augmentée d'épaisseur, dans sa portion enveloppante ou interpyramidale, est d'un jaune blanchâtre ; sans granulations, sans étoiles vasculaires. Les pyramides n'étaient pas atrophiées.

M. Lebert. Ces reins ne sont pas diminués de volume, ne présentent pas de granulations; ils sont seulement un peu pâles ; je n'y trouve pas les caractères de la maladie de Bright.

M. Broca partage l'opinion de M. Lebert et remarque avec M. Lendet, que le développement de petites étoiles vasculaires, habituel dans les premiers degrés de la maladie de Bright fait ici défaut.

M. *Racle* allègue la forme légèrement lobulée du rein, à l'appui de l'opinion qui peut faire rapporter la lésion à la maladie de Bright. Ce rein est sillonné en effet à sa surface de quelques lignes peu profondes et peu nombreuses.

M. *Barth* se range à l'avis de M. *Racle*.

M. *Lebert* répond que cet état lobulé du rein se retrouve chez l'enfant, dans trop d'états pathologiques différents, pour avoir une grande valeur.

4. M. *Rombeau* montre un *polype des fosses nasales et du sinus maxillaire* enlevé à l'hôpital des Enfants par M. P. Guersant. L'enfant qui portait ce produit morbide, n'en faisait remonter le début qu'à une année; depuis cette époque, il se plaignait de gêne dans les inspirations; l'action de se moucher amenait avec le mucus nasal de petites stries sanguines. Ce polype pénétra dans le sinus maxillaire droit, le remplit peu à peu et souleva la paroi inférieure de l'orbite.

Il n'y avait que quelques douleurs peu vives dans les arcades dentaires du côté malade, le nez était porté à gauche, la joue déformée, l'œil saillant. Le chirurgien enleva, au moyen de ciseaux de Liston, la branche montante du maxillaire supérieur et une lamelle très amincie de la paroi antérieure du sinus. On put ainsi extraire facilement le polype, qu'on trouva, à l'examen microscopique constitué par des noyaux fibro-plastiques sans fibres. Ce produit, que M. *Rombeau* met sous les yeux de la société, est d'un blanc grisâtre assez mou, médiocrement résistant.

M. *Broca*. J'ai vu dans un cas semblable, Blandin faire la résection de la branche montante du maxillaire supérieur et de la paroi antérieure du sinus. J'ai examiné le polype que vient de montrer M. *Rombeau*. Au premier aspect, ce produit morbide pourrait être pris pour du cancer, la matière grumeleuse qu'on enlève par le râclage ne se mêle pas exactement à l'eau, mais demeure sous forme de petits grumeaux. Sous le microscope, on ne trouve dans cette tumeur que les noyaux fibro-plastiques, les éléments fusiformes manquent; voilà pourquoi elle est molle et a un peu l'aspect du cancer.

5. M. *Mondière* présente des *os rachitiques*. — Ces pièces ont été trouvées sur un enfant de 2 ans environ, assez grand. Sa tête était d'un volume normal, ses membres supérieurs sans courbure patholo-

gique, ainsi que les rachis, les côtes déformées sur les deux côtés et saillantes en avant. Les clavicules étaient courbées comme dans l'état normal. Les omoplates, les os du bassin n'offraient rien de remarquable. Les fémurs sont légèrement incurvés, les jambes déformées de telle sorte que les genoux sont plus rapprochés et les pieds plus éloignés l'un de l'autre que dans l'état normal. Le cerveau était sain. Les poumons également parsemés de tubercules de chaque côté; le poumon droit présentait les lésions de l'hépatisation rouge. Les os que M. Mondière met sous les yeux de la Société sont un *fémur*, un *humérus*, un *tibia*, un *péroné*. Les épiphyses du fémur ont un excès de volume marqué : la surface de cet os légèrement rosée, est parsemée de taches violacées et d'injections vasculaires abondantes. Son tissu est peu dur, cède sous le doigt et se laisse rayer par l'ongle; un instrument piquant le traverse facilement jusqu'à une profondeur de 2 à 3 millimètres, et s'arrête alors, contre une substance dure. En incisant cette couche un peu molle, superposée au tissu plus dur, on peut la détacher en grande partie mais en rompant des adhérences, dont on retrouve les débris sous forme de petits filaments insérés verticalement sur la diaphyse de l'os. La couche détachée ainsi artificiellement, se compose de deux autres couches secondaires, l'une de tissu semi-compacte superficiel recouvre un tissu aréolaire au milieu duquel se rencontrent de nombreuses vacuoles. Ces différentes parties sont recouvertes par le périoste un peu épaissi, formant, comme dans l'état normal, la couche la plus superficielle de l'os. Ces mêmes lésions, quoique moins marquées, existent sur l'humérus et le tibia. Sur le péroné on ne trouve pas les deux couches décrites plus haut; son tissu semble ramolli, raréfié.

M. Houel appelle l'attention sur le tissu aréolaire qu'on remarque à la surface de ces os; c'est le tissu que M. J. Guérin a si bien décrit et désigné sous le nom de spongoïde.

6. M. Barth présente un *calcul rénal* volumineux ayant la forme d'une corne recourbée, terminée par un bec évasé. Ce calcul a été trouvé dans le rein droit d'une femme de 80 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 30 janvier pour une pleuro-pneumonie, qui

se termina le 1^{er} février par la mort. A l'autopsie, on trouva une pleuro-pneumonie du côté gauche, le rein gauche contenait un petit calcul noirâtre. Le rein droit formait une masse du volume des deux poings, entourée d'une épaisse couche de graisse; les cavités dilatées contenaient un liquide purulent et le gros calcul qui est mis sous les yeux de la Société; le tissu du rein était atrophié. L'uretère comprimé, contournant la tumeur passait sous sa face postérieure et externe, pour se diriger ensuite en dedans et se terminer à la scissure. Le calcul, d'une couleur brunâtre, est dur, lisse à sa surface, excepté au sommet où l'on rencontre quelques inégalités.

M. *Houel* fait remarquer que cette forme des calculs rénaux est assez ordinaire.

7. M. *Barth* présente un *polype muqueux*, grêle, ayant à peu près 4 centimètres de long et qui s'implante sur le col de l'utérus.

8. Le même membre met sous les yeux de la Société le sommet d'un poumon où se trouvent accumulées des masses de *marbre mélanique*. Dans l'oreillette droite du cœur du même sujet, on rencontrait un caillot assez adhérent, présentant sur l'une de ses faces une strie rougeâtre rectiligne non ramifiée.

MM. *Broca* et *Dewille* ne trouvent dans cette strie, que les caractères d'une simple tache sanguine; une pression légère ne déplace aucun liquide contenu.

9. Une tumeur du volume d'un poing, trouvée dans le bassin d'une femme morte à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger. Cette tumeur semble adhérer à l'utérus, son tissu d'apparence fibreuse contient plusieurs plaques ostéo-calcaires.

M. *Broca* dans la séance suivante annonce avoir examiné cette tumeur; elle n'avait aucune connexion avec les ovaires ou l'utérus; son siège réel demeure donc incertain. Sa structure n'était pas celle des tumeurs fibreuses.

10. M. *Dewille* présente des *corps étrangers* situés au pourtour des extrémités osseuses articulaires d'un doigt. Toutes les autres articulations présentaient les lésions que j'ai indiquées dans l'arthrite sèche, comme les franges synoviales et l'usure des cartilages.

11. M. *Leudet* fait voir un *polype* du larynx, trouvé sur un

homme qui a succombé à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gendrin, à une phthisie aiguë. Pendant la vie, la voix du malade était constamment un peu faible, non rauque; il n'y avait aucune gêne du côté du larynx; l'altération de la voix ne remontait qu'à 2 mois, les premiers symptômes rationnels de la phthisie pulmonaire à la même époque. A l'autopsie, on trouva le poumon criblé de tubercules miliaires; des tubercules crétacés au sommet d'un de ces organes. Sur la corde vocale inférieure droite siégeait un polype muriforme, rougeâtre, mou, du volume d'un gros pois, se continuant immédiatement avec la corde vocale qui est un peu rouge, comme ecchymosée; aucune trace d'ulcération n'existait dans le larynx ou la trachée, ni sur l'épiglotte. J'ai déjà une fois, dit M. Leudet, rencontré en 1849 un polype du larynx, mais moins volumineux.

Ce polype examiné au microscope par M. Lebert ne lui a présenté que les caractères du tissu de cicatrice.

12. Le même membre montre *des capsules surrénales tuberculeuses*, trouvées à l'autopsie d'une jeune fille morte à la suite d'attaques d'épilepsie, sans présenter aucune lésion des centres nerveux. Plusieurs tubercules crétacés existaient au sommet d'un des poumons, qui du reste étaient sains. Nulle part dans les organes, on ne rencontrait de dépôt tuberculeux, excepté dans les capsules surrénales dont le volume égale le tiers de celui du rein; elles sont fermes, peu rosées à la coupe; lisses extérieurement, elles renferment de petites masses tuberculeuses jaunâtres demi molles du volume d'un pois. Les reins et la vessie étaient sains.

13. M. Weiss présente 2 pièces. Une *tumeur d'apparence cancéreuse* située au *pylore*, n'occupant qu'une partie du diamètre de ce canal et permettant aux matières alimentaires de passer sur le côté de la production morbide. Celle-ci du volume d'une petite pomme, assez ferme renfermait une cavité, remarquable par l'existence de petites tumeurs pediculées grisâtres, comme polypeuses, implantées sur ses parois.

14. Une *plaque ossiforme* développée au dessous du *feuillet viscéral* et *pariétal* du péricarde et entre ces deux plans séreux.

15. M. Dufour présente 4 pièces :

Une *péricardite chronique* trouvée à l'autopsie d'un enfant mort, dans le service de M. Bouneau, à l'hôpital des Enfants. Ce petit malade, âgé de 3 ans, entré le 8 février, avait eu trois semaines auparavant une rougeole ; depuis il, éprouvait une toux par quintes, avec dyspnée considérable et fièvre. A la base des deux poumons, on entendait des râles muqueux et ronflants en grande quantité. On eut recours successivement à une application de sangsues sur le côté gauche du thorax, à de l'ipéca, au tartre stibié et à l'oxide blanc d'antimoine ; malgré l'emploi de ces agents thérapeutiques l'amaigrissement, la dyspnée augmentèrent, et la mort arriva le 12 février. A l'autopsie, on constata une induration considérable de la base des deux poumons. Le parenchyme d'un rouge noirâtre, est assez friable, nullement granulé et privé d'air. La teinte noirâtre se rapproche même par places de celle de la gangrène, sans en avoir l'odeur. Le péricarde viscéral et pariétal est recouvert dans toute son étendue, par une grande quantité de pseudo-membranes jaunâtres, semi-molles ; au dessous, la séreuse se retrouve d'une couleur rosée avec développement des vaisseaux sousjacents.

16. Sur le même sujet on a constaté une *absence du rein gauche* avec persistance de la capsule surrénale du même côté ; la vessie présentait l'orifice d'un seul uretère, celui du côté gauche manquait complètement.

M. *Durand Fardel* rapporte avoir observé un cas d'absence du rein droit et de la capsule surrénale du même côté. L'autre rein occupait sa place habituelle.

M. *Barth* rapporte un fait semblable.

17. M. *Dufour* montre encore une *infiltration tuberculeuse considérable des organes urinaires*, trouvée chez un enfant de 7 ans, mort dans le même service. Cet enfant était entré le 6 décembre 1850 à l'hôpital, présentant comme accidents principaux, une polydipsie et polyurie, dont l'analyse de l'urine ne rendit pas compte. Aucun signe local ne confirmait l'existence d'une phthisie, que faisait soupçonner pendant le mois de décembre l'amaigrissement graduel de l'enfant. Vers le 15 janvier, les signes de la maladie devinrent évidents ; au commencement de février, l'auscultation révélait déjà un ramollissement d'une partie des tubercules. Mort le 12 février.

A l'autopsie, les poumons présentent un grand nombre de tubercules; la plupart grisâtres, demi-transparents, quelques uns commençant à se ramollir; nulle part de cavernes; quelques tubercules très rares sous la plèvre pariétale gauche. Plusieurs petites masses tuberculeuses grisâtres, demi-transparentes dans la rate; les ganglions lombaires sont augmentés de volume sans dépôt tuberculeux. Les reins, les uretères et la vessie sont recouverts, à leur face interne, par un dépôt tuberculeux, d'un blanc jaunâtre; le rein en offre même sous forme de petites granulations, dans son parenchyme; la muqueuse qui recouvre les calices se retrouve au dessous du dépôt étranger; la muqueuse de l'uretère, est parsemée de plaques jaunâtres. De petits tubercules jaunes existaient à la face interne de la vessie; la muqueuse est ulcérée par places, laissant à nu la tunique musculieuse d'un gris verdâtre.

M. Deville. Dans cette pièce, comme dans beaucoup d'autres présentées à la Société, nous trouvons les tubercules déposés sur la surface muqueuse.

18. Le même membre montre une fracture du crâne avec encéphalite. Un enfant âgé de 9 ans, entra le 9 février 1851, à l'hôpital des Enfants (service de M. Bouneau). La veille de Noël, il fit une chute de la hauteur d'un premier étage environ sur le pavé; il en résulta une large plaie de plus de 5 centimètres de long, au milieu de la région frontale, avec ecchymose considérable de la paupière supérieure gauche. Traité pendant 15 jours pour la solution de continuité des parties molles, l'enfant sortit de l'hôpital en apparence guéri. Il sembla jouir pendant les 2 semaines suivantes d'une bonne santé, mais 8 jours avant l'admission à l'hôpital, il commença à accuser de la douleur de tête; dans la soirée; la nuit suivante, l'enfant poussait par intervalles des cris aigus, et perdit en partie connaissance. Amené à l'hôpital, il présenta une perte incomplète de connaissance, avec conservation de la motilité et de la sensibilité. Du délire avec agitation violente se manifesta et se termina par la mort.

A l'autopsie, on trouve une fracture du crâne avec encéphalite. Une cicatrice, à tissu modulaire encore rougeâtre, s'étendait depuis la racine des cheveux, au niveau de la bosse frontale gauche, jusqu'un peu au dessus de la racine du nez; au dessous de l'extrémité supé-

rieure de la cicatrice, le péri-crâne est un peu inégal, épaissi, brun, perforé en un point; l'os à ce niveau est rugueux dans une étendue d'un demi-centimètre carré. A une ligne au dessous de ce point, commence une fissure légèrement sinueuse, arrivant jusqu'au trou orbitaire, et se continuant en droite ligne sur la face orbitaire du frontal, jusqu'à la petite aile du sphénoïde. Une autre fissure tombe un peu en dedans du trou orbitaire, sur cette première fissure; cette seconde peut avoir été le résultat des manœuvres employées dans l'examen de la pièce. La longue fissure, d'abord verticale, puis horizontale, intéresse les deux tables de l'os dans sa partie horizontale, avec écartement des fragments; cet écartement manque dans la partie verticale. A un centimètre environ au dessus du rebord orbitaire, on voit partir de la fissure principale; une autre, qui d'abord perpendiculaire sur sa direction, lui devient ensuite parallèle, atteint l'apophyse orbitaire externe, se continue sur la portion du frontal qui fait partie de la fosse temporale, et se termine à la suture du coronal et de la grande aile du sphénoïde. Du point où cette fissure commence sur la division intéressant l'orbite, ~~sort~~ une troisième fissure, qui monte un peu en haut, suit la direction horizontale et rejoint en dehors la division du frontal, en circonscrivant ainsi avec cette dernière un fragment de l'os. Ces fissures, qui intéressent les deux tables de l'os, sont séparées en dehors par un léger écartement; La petite aile du sphénoïde était également fracturée. L'os, au niveau de ces fractures, était en dehors comme en dedans d'un rouge violacé, surtout sur la table interne, légèrement rugueux. Les veines des méninges sont congestionnées; les membranes adhèrent intimement, au niveau du lobe antérieur gauche du cerveau, à la pulpe. La dure-mère est partout injectée et recouverte d'une couche mince de sang sous le feuillet pariétal de l'arachnoïde. Le lobe gauche antérieur du cerveau, ramolli à sa partie interne, présente une excavation d'un centimètre et demi de profondeur, entourée d'un tissu ramolli d'un blanc légèrement jaunâtre, et contenant une matière blanchâtre pulpeuse. Les poumons étaient un peu congestionnés, à leur partie postérieure et inférieure. Les deux feuillets du péricarde, étaient fixés l'un à l'autre par des adhérences anciennes et fermes. La rate, le foie, les reins étaient sains.

19. *M. Goupil* montre un *diverticulum* de la vessie du volume d'un petit œuf de pigeon, sphéroïde, pourvu des tuniques séreuse, musculuse et muqueuse. Cette poche surnuméraire communique avec la vessie par une ouverture de la grandeur d'une pièce cinq sous : à ce niveau, les fibres musculaires des parois des 2 cavités se continuent sans interruption. Cette poche était placée à gauche et un peu au-dessus de l'orifice vésical de l'uretère du même côté.

L'homme qui portait cette lésion était entré le 29 janvier 1851, à l'hôpital du Val de Grâce, pour une rétention d'urine. La sonde pénétrait dans la vessie en inclinant le pavillon à gauche. Une cystite survint au bout de quelques jours. On pratiqua des injections vésicales, qui entraînèrent avec elles du pus. Jamais pendant ces injections le liquide introduit n'était rejeté en totalité. Mort le 10 février, on trouva, à l'examen du cadavre, la prostate volumineuse, les reins légèrement enflammés.

M. Barth présente plusieurs pièces.

20. Une *concrétion calcaire*, irrégulière, blanchâtre, du volume d'un gros haricot, siégeant sur la *sône auriculoventriculaire gauche du cœur* : cette production morbide appartenait à une femme de 75 ans, entrée en décembre 1850 à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une pneumonie : elle parut se rétablir de son affection pulmonaire, mais rentra au bout de quelque temps dans un état de prostration extrême qui se termina par une mort rapide. Ces concrétions, dit *M. Barth*, se rencontrent d'habitude dans ce siège.

M. Durand Fardel partage cette opinion, et pense que les ossifications nées dans cet endroit, peuvent se prolonger entre les fibres musculaires du cœur, et donner lieu à ces ossifications qu'on rencontre quelquefois dans l'épaisseur des *muscles* du cœur.

21. Une *petite tumeur fibreuse* offrant l'aspect de 2 haricots accolés, tenant à l'utérus par un pédicule long et grêle. Cette tumeur appartenait à une femme de 75 ans, morte de congestion cérébrale à l'infirmerie de la Salpêtrière.

22. Une *entérite chronique* remarquable par la forme et la marche des ulcérations, trouvée à l'autopsie d'une femme de 80 ans, entrée il y a peu de jours à l'infirmerie de la Salpêtrière. Le malade n'ac-

cusait aucune douleur, seulement une diarrhée qui disparut à la suite d'un traitement approprié : elle succomba dans la prostration. Le gros intestin offrait un grand nombre d'ulcérations ; l'une d'elles a traversé l'intestin au dessous duquel on trouve une cavité du volume d'un gros pois dont le fond est formé par une petite masse graisseuse adhérente. Dans le colon transverse existait une autre ulcération à orifice étroit et à cavité large. M. Barth rapporte cette cavité à un follicule muqueux, dont l'intérieur aurait été détruit par le travail ulcératif, pendant que l'orifice serait demeuré intact. D'autres ulcérations plus superficielles recouvrent la muqueuse.

M. Leudet. Dans son mémoire sur l'épidémie observée à l'Hôtel-Dieu en 1846 (Archiv. gén. de méd. 1847), M. Colin a décrit ce travail ulcératif qui atteint la cavité du follicule avant son orifice.

23. M. Mailly présente un *kyste pileux des ovaires* trouvé à l'ouverture du cadavre d'une femme primipare, morte à la Maternité de fièvre puerpérale. Ce kyste, du volume d'un œuf de pigeon, occupe l'ovaire droit; ses parois sont épaisses, fibreuses, blanchâtres. Sa cavité contenait au milieu d'une matière jaunâtre grasse, une petite production osseuse plus large que haute, ayant une ressemblance imparfaite avec un os maxillaire supérieur pourvu de deux dents, dont l'une paraît une canine et l'autre une incisive ; elles sont saillantes ; de plus, on trouve dans le kyste des cheveux blancs peu longs. L'ovaire gauche contenait un *corpus luteum*.

M. Barth rappelle que pour M. Pigné, ces tumeurs étaient constamment le résultat de monstruosité par inclusion.

M. Broca les regarde comme le plus fréquemment produites par des grossesses ovariennes : il cite une production de cette nature trouvée par Blandin sur une femme de 75 ans. Le kyste renfermait des cheveux qui avaient au moins 3 mètres de longueur, leur extrémité libre était blonde, la partie moyenne plus colorée, la partie adhérente blanche.

M. Barth allègue, comme étant en opposition avec la théorie soutenue par M. Broca, les faits dans lesquels des tumeurs semblables furent trouvées chez l'homme ou chez la femme dans une région éloignée de l'ovaire.

M. Cruveilhier rapporte que Dupuytren a trouvé un kyste de ce genre dans le mésentère d'un homme.

24. M. Verneuil met sous les yeux de la Société des os présentant des *tubercules* dans leur trame et dans la moelle avec ostéomyélite. Les tubercules existaient dans les épiphyses des os examinés chez le même sujet : fémur, tibia, clavicule. Le tubercule se rencontre dans ces deux os sous deux formes : l'un enkysté, ailleurs infiltré. Dans quelques-unes de ces productions tuberculeuses, le tissu spongieux des os existe encore; ailleurs, il est moins apparent; ailleurs enfin, il a complètement disparu. La tête du fémur présente une infiltration tuberculeuse beaucoup moins limitée : le contour du produit morbide varie depuis le blanc grisâtre jusqu'au jaune clair, il a présenté au microscope les caractères manifestes du tubercule. Le tissu médullaire est lui-même envahi par le tubercule, une de ces petites masses existe dans son épaisseur. Ces faits nous montrent, par les degrés indiqués plus haut, que le tissu osseux ne se détruit pas dans l'infiltration tuberculeuse par la formation d'un séquestre, mais par une absorption graduelle. Ces os présentent une ostéomyélite manifeste. L'inflammation de la moelle a été décrite par plusieurs auteurs, comme une inflammation simple de la membrane enveloppante, celle-ci passant successivement par plusieurs teintes verdâtres, jaunâtres, etc. Le suc médullaire possède à l'analyse chimique une composition définie; dans ces cas, les proportions, comme l'ont démontré Regnault et Gosselin sont changées, au lieu de 85% de matière grasse, je n'ai trouvé que 2 à 5 %. Un auteur a cru que cela pouvait coïncider avec l'état sain, mon opinion est complètement opposée. Dans ces ostéomyélites, j'ai trouvé, comme ici, les os ecchymosés par places; de petits points blanchâtres, que l'examen microscopique montrait dépourvus d'organisation; puis la moelle rouge; enfin, les ecchymoses des os étaient dues manifestement, comme le montre le microscope, à l'épanchement d'une certaine quantité de sang non contenue dans les vaisseaux; le même moyen d'examen prouvait la diminution considérable de la matière grasse.

L'existence d'ecchymoses à la surface des os ne trahit pas, comme M. Nélaton l'a avancé, la présence des tubercules dans leur épaisseur.

M. Lebert confirme les résultats de l'observation de M. Verneuil, relativement à la diminution des éléments gras; dans un cas d'ostéomyélite, j'ai vu, dit-il, la moelle rouge, épaissie, consistante,

faire hernie à travers la lame externe usée et érodée. Dans la tuberculisation des os, je n'ai jamais trouvé la séquestration; le microscope a pu m'expliquer les erreurs commises par quelques auteurs; l'ostéite condensante ressemble quelquefois parfaitement à l'œil nu à l'infiltration tuberculeuse. Ainsi, dans ces ostéites condensantes, on voit d'abord une partie du tissu osseux se décolorer, plus tard un cercle éliminatoire se former, enfin la séquestration s'établir, et l'on ne trouve dans aucun cas le moindre élément tuberculeux.

25. *M. Broca* présente des kystes multiples des ligaments larges, trouvés sur le cadavre d'une vieille femme.

Tous ces kystes sont contenus, à droite et à gauche, dans l'aileron moyen du ligament large, au dessous de la moitié externe de la trompe; il en existe un grand nombre; ils varient depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois; ils sont globuleux et font une saillie plus considérable en arrière qu'en avant. Leur consistance est assez considérable; ils sont constitués par une membrane résistante, assez transparente, que distend un liquide citrin.

Au premier abord, il semble difficile de se rendre compte de la formation de ces kystes; mais, en y regardant de plus près, on s'assure aisément qu'ils sont tous situés sur le trajet de ces tubes flexueux et parallèles qui constituent l'organe de Rosenmüller.

A l'appui de cette opinion sur l'origine des kystes des ligaments larges, opinion émise pour la première fois dans la thèse de *M. Follin* (thèses de Paris 1850, p. 35), *M. Broca* montre d'abord une pièce d'anatomie normale disséquée par *M. Follin*. Sur cette pièce, on voit un premier tube long de 5 centimètres, parallèle à la trompe et situé immédiatement au dessous d'elle. Ce conduit principal, qui, en dedans, se perd insensiblement dans l'épaisseur du ligament large, se prolonge en dehors, jusque sous les pavillons de la trompe, où il se termine tout à coup en cul de sac. Son bord supérieur est nettement limité; mais, par son bord inférieur, il reçoit perpendiculairement une quinzaine de conduits secondaires, parallèles entre eux, longs de 2 à 3 centimètres; ces derniers conduits cheminent sous le péritoine, descendent jusqu'à la rainure qui sépare l'aileron moyen de l'aileron postérieur du ligament large, et se réfléchissent à ce niveau pour

remonter vers l'ovaire. Ils finissent en cul de sac au voisinage de ce dernier organe.

L'ensemble de ces conduits ressemble assez bien à un peigne, dont le dos serait tourné vers la trompe et dont les dents se dirigeraient vers l'ovaire.

On peut, sans le secours d'une dissection, apercevoir cet appareil, en regardant par transparence l'aileron moyen du ligament large, chez toutes les femmes un peu maigres; M. Broca montre, en effet, cette disposition sur un utérus normal qui a été apporté par hasard avec des pièces pathologiques.

Tel est, continue le présentateur, l'appareil de Rosenmuller. Par une série de pièces qui ne laissent rien à désirer, M. Follin a définitivement établi que cet appareil n'est que le vestige du corps de Wolf, organe embryonnaire qui précède l'apparition de l'appareil génito-urinaire et qui s'efface presque complètement, à mesure que ce premier appareil se développe.

Susceptible de persister pendant toute la vie sur toutes les femelles de certains mammifères (conduit de Gartner) le conduit excréteur du corps de Wolf, dans l'espèce humaine, s'efface toujours de bonne heure dans sa partie inférieure. Seule, la partie supérieure de ce conduit reste visible et continue à recevoir les canalicules de cet organe glanduleux. Mais ces canalicules, atrophiés eux-mêmes, ne donnent rien le plus souvent à aucune sécrétion appréciable; presque toujours leurs parois opposées se juxtaposent exactement; ce sont alors des cordons pleins; quelquefois une cavité fort petite persiste dans leur intérieur.

Cela posé, il est clair que les parties de ces canalicules qui échappent à l'oblitération peuvent, à une époque quelconque, devenir le siège d'une sécrétion qui se dépose dans leur cavité et qui la dilate en amoule; il en résulte de petites tumeurs kystiques, situées sur le trajet des canalicules. Sur la pièce que je vous montre, en examinant par transparence l'aileron moyen des ligaments larges, on voit très nettement, 1° que tous les petits kystes sont situés dans la région qu'occupe l'organe de Rosenmuller; 2° que chacun d'eux repose sur un canalicule auquel il adhère; 3° que quelques-uns sont situés à l'extrémité des canalicules, au niveau des points où ceux-ci se termi-

vent en cul de sac ; — l'un d'eux, plus volumineux que les autres ; est placé à l'extrémité externe du conduit principal, immédiatement au dessous du pavillon de la trompe gauche ; 4° et que la plupart de ces kystes correspondent à la partie moyenne des canalicules et se continuent par conséquent avec les cordons pleins, en deux points diamétralement opposés.

26. M. *Parmentier* présente une *fracture ancienne du col du fémur*. Le col pénètre dans le grand trochanter ; à la coupe, on trouve les parties fracturées réunies par du tissu fibreux.

27. Les *poumons* d'un homme de 64 ans mort à la Charité, (serv. de M. Cruveilhier), offrant les accidents ordinaires de l'asphyxie. Le parenchyme des deux poumons est d'une teinte noirâtre, sans ramollissement marqué, pesant, contenant un liquide rougeâtre abondant, de même que les bronches un peu dilatées. Les autres organes étaient sains.

28. M. *Kinsburg* présente un *kyste hydatique du foie*, trouvé sur une femme morte à l'Hôtel-Dieu, dans la salle St-Maurice. Cette femme était accouchée avant son entrée à l'Hôtel-Dieu ; on remarqua à cette époque que le bord inférieur du foie descendait beaucoup plus bas que dans l'état normal. Des symptômes d'infection purulente, manifestes déjà, augmentèrent graduellement de gravité et amenèrent la mort. — A l'autopsie, on trouva, sur la face postérieure et inférieure du lobe droit du foie, une tumeur entourée par une enveloppe fibreuse du volume d'un œuf, contenant des lambeaux d'une matière albuminoïde, transparente, analogue à des débris de poche, nageant au milieu d'un liquide jaune-verdâtre.

29. M. M. *Lacaze* met sous les yeux de la Société une *caverne tuberculeuse* du sommet droit du *poumon*, du volume d'une grosse pomme, entourée d'un tissu dur, grisâtre, parsemé de quelques tubercules miliaires. Des adhérences intimes fixaient toute cette partie du poumon à la plèvre costale.

30. M. *Barth* présente des *ulcérations de l'intestin par plusieurs ganglions tuberculeux*. Cette pièce provient d'une femme de 46 ans, entrée, il y a deux mois et demi, à l'infirmerie de la Salpêtrière, atteinte depuis longtemps de diarrhée et d'un peu de toux ; elle

tomba dans le marasme, et succomba. Le poumon gauche était criblé à son sommet de tubercules ramollis; plus bas, les tubercules existaient également, mais crus. Des ulcérations nombreuses, analogues à celles que l'on rencontre chez les tuberculeux, se voyaient dans l'intestin grêle et le cœcum, près du duodénum, à 4-5 pouces du pylore, des ganglions lombaires, tuberculeux, étaient appliqués contre le tube digestif. Plusieurs d'entre eux, du volume de l'extrémité du petit doigt, refoulaient en dedans toute la tunique, et faisaient saillie dans la cavité intestinale, par un orifice de la grandeur d'un pois. Plus bas, sur le trajet de l'intestin grêle, d'autres ganglions s'étaient également appliqués contre les tuniques, et leur cavité, contenant de la matière tuberculeuse ramollie, communiquait avec celle de l'intestin. — Au dessus du rein droit, sur le même cadavre, on a trouvé une masse blanchâtre extérieurement, d'une dureté uniforme, du volume de la moitié d'une pomme, complètement distincte de la capsule surrénale, qu'on retrouve atrophiée sur l'une de ses faces. Ce tissu examiné au microscope par M. Broca était constitué par du tissu fibreux-plectique.

81. M. Un exemple remarquable d'enkystement de calculs biliaires dans des adhérences fibreuses celluluses placées entre le foie et la vésicule. Une femme de 83 ans, entre, le 24 janvier 1851, à l'infirmerie de la Salpêtrière, atteinte d'un catarrhe pulmonaire; pendant son séjour dans les salles, se déclare une hémiplegie gauche accompagnée d'abord de contracture, plus tard de résolution complète; dans le côté opposé, mouvements un peu carpalogiques. Mort. A l'autopsie, on trouva un ramollissement gris, situé à la partie antérieure externe et postérieure du ventricule cérébral droit. La vésicule biliaire que M. Barth montre à la Société, était contractée par une masse de calculs biliaires et n'avait que le volume d'une noisette. Plusieurs calculs, gros comme un petit pois, sont placés hors de la cavité de la vésicule au milieu d'un tissu fibreux-celluleux, placé entre le réservoir biliaire et le foie. La face interne de la vésicule n'offrait aucune cicatrice évidente.

82. Une anéplaxie du foie sous forme de taches noires avec infiltration d'un sang noir. Cette coloration morbide se confond à ses limites graduellement avec celle de l'organe. Le tissu malade, dit

M. Barth, a un peu l'aspect du corps caverneux ; c'est une ressemblance que j'ai pu trouver dans la plupart des cas analogues.

55. M. Verneuil présente une concrétion osseuse ou ossiforme, du volume d'un petit œuf de pigeon, développée dans le lobe droit du corps thyroïde ; cette concrétion a l'aspect du tissu osseux. La trachée était légèrement comprimée, non altérée dans sa structure.

— Le même membre communique le fait suivant. En examinant les articulations d'un cadavre qui présentait les lésions de l'arthrite sèche, je trouvai au milieu des bourrelets fibreux périarticulaires, une petite tumeur bosselée et molle, placée sous le *périoste* ; c'était un kyste qui contenait un liquide transparent ; au milieu de ce liquide nageaient de rares cellules d'épithélium pavimenteux, que l'on retrouvait beaucoup mieux caractérisées sur les parois de la petite collection. Ceci tend à établir que ce n'était là qu'une dépendance de la synoviale articulaire. Un autre petit kyste analogue quant à sa forme et sa structure et contenant plusieurs cloisons incomplètes, existait sur le même sujet en avant du ligament croisé antérieur.

34. M. Verneuil fait voir la *moelle enflammée d'un humérus*. Ce tissu est élastique, d'un rouge écarlate, comparable à une gelée de groseilles. La moelle examinée dans les autres os du même sujet présentait partout la même lésion. A la jambe, dans les os courts se retrouvaient les altérations de la carie et de la nécrose.

M. Deville demande si le sujet était injecté au sulfate de soude.

M. Verneuil répond affirmativement.

35. M. Rombeau montre un cas de croup chez l'enfant. Les pseudomembranes, étendues depuis le larynx jusque dans les petites bronches, sont peu épaisses, adhèrent assez intimement à la muqueuse qui est rouge et parsemée de petits vaisseaux développés dans le tissu cellulaire sous-serieux. Cette pièce provient d'une fille de 3 ans, atteinte depuis 5 jours de mal de gorge quand elle entra à l'hôpital des Enfants (service de M. Guersant) offrant alors tous les symptômes du croup. M. Rombeau pratiqua la trachéotomie ; néanmoins le lendemain l'enfant succombait avec des accidents d'asphyxie.

36. Le même membre présente une *gangrène des orteils des deux membres inférieurs* et d'une *partie des métatarsiens* survenue, chez un

enfant qui n'offrait aucune lésion du système artériel; les métatarsiens irrégulièrement détachés flottent au milieu des parties molles.

35. M. Broca met sous les yeux de la société un rein cancéreux trouvé sur un cadavre abandonné aux dissections de l'École pratique. Ce rein, d'un volume normal, offre sur sa surface externe plusieurs masses lisses, d'un blanc nacré, du volume d'un petit marron, formées par une substance analogue au tissu encéphaloïde et fournissant à la coupe un suc blanchâtre sans grumeaux. D'autres masses de même nature, existaient également dans l'épaisseur du muscle psoas du même côté.

36. M. Broca présente les membres inférieurs d'une femme d'environ 30 ans qu'il a trouvée dans le pavillon de l'École pratique, et sur laquelle il n'a pu recueillir aucun renseignement. L'ouverture du corps a été pratiquée à l'hôpital, de sorte qu'il n'est même pas possible de savoir à quelle affection cette femme a succombé.

Il existe, sur chacun de ces membres inférieurs un pied bot qui coïncide avec l'altération d'un grand nombre de muscles. Voici la description qu'en donne M. Broca :

« Ces deux pieds bots sont presque entièrement semblables à plusieurs autres que j'ai déjà mis sous les yeux de la Société (voy. Bull. de 1849, p. 265 et Bull. de 1850, p. 40).

« La déviation est peu considérable ; de chaque côté, le talon est situé à 8 centimètres au dessus du sol. En même temps, il y a une légère élévation du bord interne du pied, élévation un peu plus forte pour le pied gauche que pour le pied droit. Ce sont deux pieds bots équin-varus.

« Les articulations du tarse et du métatarse présentent une mobilité bien manifeste. Les tendons d'Achille ne forment pas une saillie plus considérable qu'à l'état normal. On ne sent sous la peau, au voisinage du coude-pied, aucune corde tendineuse indiquant des rétractions musculaires, mais, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes la peau est soulevée par les tendons des extenseurs.

« Lorsqu'on s'efforce de ramener les pieds à leur position normale, on rencontre bientôt un obstacle très résistant, qui paraît être constitué par les ligaments des diverses articulations. Quant aux mus-

gles, ils paraissent étrangers à cette résistance, et les tentatives de redressement ne font pas même saillir leurs tendons.

« L'inspection des callosités de la peau montre que la phase de sustentation n'était pas la même des deux côtés. À droite, ces callosités existent, à la plante du pied, au niveau des articulations phalango-métatarsiennes. Deux bourses muqueuses larges et irrégulières, l'une interne, sous le gros orteil, l'autre externe, sous le 5^e orteil, pendent à ces callosités. À gauche, il n'y a de callosités que sur le bord externe de la plante du pied, le long du 5^e métatarsien. Une bourse muqueuse unique, large de plus de trois centimètres, existe sous la tête de ce métatarsien. Je n'ai pas trouvé de bourse muqueuse sous le premier métatarsien.

« Enfin, en arrière, sous la saillie du talon, chacun de ces pieds présente une bourse muqueuse. Celle du pied droit est encore capable de recevoir le bout du petit doigt; celle du pied gauche logerait à peine un haricot. — Ceci nous fournit un enseignement important. Les bourses muqueuses du talon prouvent qu'il a été une époque où la marche s'effectuait d'une manière normale. Cette époque paraît plus éloignée pour le pied gauche que pour le pied droit. Je pense donc que ces pieds bots sont acquis, qu'ils ne remontent pas à une époque très éloignée, et je suis porté à admettre que la déviation du pied droit est postérieure à celle du pied gauche.

« Cela posé, la dissection montre, dans tout le train inférieur, un grand nombre de muscles devenus graisseux. Nulle part on ne trouve la moindre trace de la prétendue transformation fibreuse. L'altération graisseuse est répartie d'une manière fort irrégulière. Certains muscles sont parfaitement sains au milieu de plusieurs autres qui sont profondément altérés. Il en est même quelques-uns qui sont normaux en certains points et graisseux dans d'autres. Mais il est nécessaire de préciser davantage.

« Membre droit :

« A. *Muscles parfaitement sains* : 1° tous les muscles du pied; l'aponévrose plantaire n'est pas épaissie; elle est seulement plus courte qu'à l'état normal.

« 2° A la jambe l'extenseur propre du gros orteil; l'extenseur

commun des orteils (il n'y a pas de péronier antérieur); le court péronier latéral;

« 3° A la cuisse : le droit antérieur; le demi-tendineux; les trois adducteurs.

« 4° Au bassin : le psoas proprement dit; l'obturateur externe; l'obturateur interne; le moyen fessier.

« B. *Muscles grassex*. Tous les autres muscles de ce membre sont plus ou moins grassex; mais ils le sont inégalement.

« Quatre muscles ont complètement disparu et sont intégralement remplacés par du tissu adipeux : ce sont le jambier antérieur, le jambier postérieur, le grand fessier et le muscle du *fascia lata*. Le tendon du jambier antérieur n'a que trois millimètres de large; il est aplati, et exactement appliqué sur les os; sous le ligament annulaire il est plongé dans une masse de graisse qui a pris la place de la synoviale tendineuse. Supérieurement ses fibres s'éparpillent et se perdent peu à peu dans une masse adipeuse qui occupe la situation du jambier antérieur et qui en présente à peu près la forme, mais qui n'offre même plus la disposition fibrillaire. Le tendon du jambier postérieur a conservé son volume normal; sa synoviale est même très manifeste.

« Exception faite des quatre muscles précédents, tous les muscles grassex de ce membre offrent encore des fibres musculaires plus ou moins atrophiées mais bien reconnaissables. L'altération grassex est loin d'être également répartie sur chacun d'eux. Ainsi, par exemple, les muscles poplité, biceps fémoral, droit interne, pectiné, carré crural, pyramidal, triangle et la masse sacro-lombaire, offrent partout un mélange à peu près égal de fibres musculaires et de fibres grassexes. — Au contraire, plusieurs autres muscles, profondément atteints dans certains points de leur longueur, sont à peu près normaux dans le reste de leur étendue. — L'altération grassex est distribuée sur ces derniers muscles d'une manière si bizarre qu'il est nécessaire d'en préciser exactement le siège sur chacun d'eux.

« Long péronier latéral : tout à fait normal dans son tiers inférieur, ce muscle devient peu à peu grassex dans son tiers moyen et l'est complètement dans son tiers supérieur; une incision longitudinale permet de voir que la substitution grassex descend plus bas au centre de ce muscle qu'à sa périphérie.

« Éléchisseur propre du gros orteil entièrement grassex dans

son sixième inférieur ; parfaitement normal dans ses deux tiers supérieurs.

« Fléchisseur commun des orteils ; grasseux dans son quart supérieur et dans son quart inférieur ; d'un beau rouge dans son tiers moyen.

« Triceps de la jambe : le soléaire présente à peine encore quelques fibres musculaires décolorées ; le jumeau externe offre un mélange à peu près égal de tissu adipeux et de tissu musculaire ; le jumeau interne, deux fois plus volumineux que l'externe, est normal dans presque toute son étendue ; il faut l'inciser pour découvrir dans son épaisseur quelques stries grasses. Le tendon d'Achille est entouré par une atmosphère adipeuse qui lui adhère de toutes parts. En haut, cette adhérence n'est pas très solide, mais en bas, elle devient intime, et une incision montre qu'à ce niveau, et dans une longueur de plus d'un centimètre, des stries grasses longitudinales ont commencé à dissocier, tant au centre qu'à la périphérie, les éléments de ce tendon.

« Couturier : adipeux dans une étendue de 5 centimètres à son insertion supérieure ; au dessous de ce point, et dans une longueur de 10 centimètres, il est normal ; il redevient grasseux à sa partie moyenne dans une longueur de 10 centimètres ; le reste de ce muscle est d'un beau rouge.

« Le vaste interne et le vaste externe renferment une notable quantité de graisse disposée en languettes qui séparent de larges faisceaux de fibres musculaires bien conservées.

« Le chef fémoral du biceps offre à peine ça et là quelques stries grasses ; le chef ischiatique, normal et haut, présente, à sa partie moyenne un noyau adipeux central, long de 10 centimètres, occupant environ le quart de l'épaisseur totale de ce muscle, dont les fibres superficielles sont saines.

« Par un contraste singulier, le demi-membraneux, très atrophie et tout à fait grasseux en bas, possède en haut un volume presque normal ; toutes ses fibres superficielles y sont remplacées par de la graisse ; au contraire, les fibres centrales y sont d'un beau rouge.

« Enfin, le muscle petit fessier, complètement grasseux dans ses

quelquefois, sinon toujours. — Mais la rétraction du moins peut-elle être considérée comme la cause du pied bot ?

« Je ne nie pas qu'il n'en soit quelquefois ainsi. Cependant, cette rétraction primitive ne s'accompagnant d'aucune lésion anatomique qui lui soit propre, on ne peut en trouver les traces sur le cadavre, et on est obligé de ne faire entrer en ligne de compte que les malades observés pendant leur vie, au moment même où l'affection nerveuse a produit la rétraction musculaire et la déviation des pieds. Il n'est plus permis, en particulier, de rapporter les pieds bots congéniaux à une rétraction musculaire intra-utérine qu'on ne pourra jamais réfuter, mais qu'on ne pourra jamais prouver.

« Sur le vivant ou sur le cadavre, lorsqu'on examine un pied bot, et qu'on s'efforce de le redresser, il arrive le plus souvent qu'on fait saillir des cordes tendineuses qui opposent un obstacle au redressement. Souvent, encore ces cordes se dessinent spontanément sous la peau, lorsque le pied est abandonné à lui-même. On a tiré de fait incontestable comme une preuve de la rétraction musculaire primitive. Cela ne prouve rien, si ce n'est que certains muscles sont devenus plus courts. Toutes les fois que les deux extrémités d'un muscle sont tenues rapprochées pendant longtemps par une cause quelconque, la longueur absolue de cet organe diminue, et lorsqu'on veut ensuite rendre à la partie la situation naturelle, on trouve un obstacle dans la résistance du muscle raccourci. Ce phénomène si fréquent n'est pas propre aux muscles : il est commun à beaucoup de tissus, aux aponeuroses, aux ligaments, aux vaisseaux même. Il est entièrement secondaire ; il peut entretenir une déformation due à une autre cause ; — mais il ne peut être accusé d'avoir déterminé la déformation. Il ne peut pas ne pas se produire dans le pied bot. La déviation, quelle qu'en soit la cause, doit rapprocher les unes des autres les insertions opposées de certains muscles qui, par suite diminuent nécessairement de longueur, et s'opposent dès lors au redressement. La ténotomie alors favorise merveilleusement l'action des machines qui n'ont plus à lutter que contre les ligaments, mais les succès de cette opération n'ont aucune valeur quelconque dans la question de l'étiologie des pieds bots.

« Je ne pense donc pas que, dans l'état actuel de la science, la dia-

paru normaux; les nerfs, en particulier ne présentent aucune diminution de volume. La peau est doublée d'une épaisse couche de graisse; il y a beaucoup de graisse encore dans les espaces inter-musculaires; enfin cette substance constitue une lame épaisse de près de 3 millimètres, qui est située sous le périoste de la face interne de chaque tibia. Grâce à cette surabondance de tissu adipeux, le volume total des membres inférieurs n'est pas moins considérable que d'habitude.

« Le reste du corps de cette femme présente un embonpoint ordinaire. Les muscles du train supérieur possèdent une belle couleur rouge et une structure très normale. Je n'ai pu voir le cerveau qui a été enlevé à l'hôpital; mais la moelle est saine dans toute son étendue.

« Je suis entré dans des détails minutieux; cela était nécessaire pour l'interprétation de ce fait. Il y a maintenant deux questions à résoudre : l'étiologie des pieds bots; — Étiologie de l'altération graisseuse des muscles.

« Et d'abord, je trouve encore ici, comme dans toutes mes dissections précédentes, des muscles sains ou des muscles graisseux, mais pas un seul muscle fibreux. En y comprenant la présentation habituelle, j'ai disséqué jusqu'ici treize pieds bots, congéniaux ou acquis, varus, valgus ou équins; la plupart de ces pièces ont été mises sous les yeux de la Société, et je déclare que jusqu'ici je n'ai pas rencontré un seul muscle passé à l'état fibreux. L'absence de muscles fibreux, que j'avais d'abord crue exceptionnelle, me paraît donc devoir être considérée comme la règle; tandis que la présence de cette altération ne constituerait qu'une exception infime. — En tous cas, dans la prévision d'une éventualité douteuse, je crois qu'il est prudent de renoncer à l'avenir au mot *transformation fibreuse* dont on s'est servi. Il y a des tissus qui disparaissent et d'autres qui les remplacent; il y a des substitutions, mais il n'y a pas de transformations.

« Une théorie ingénieuse et célèbre a rattaché tous les pieds bots congéniaux à la rétraction musculaire convulsive, rétraction reconnaissable, à toutes les époques, par l'altération fibreuse des muscles rétractés. Or, je viens de dire que cette altération fibreuse manque

presque toujours, sinon toujours. — Mais la rétraction du moins peut-elle être considérée comme la cause du pied bot ?

« Je ne nie pas qu'il n'en soit quelquefois ainsi. Cependant, cette rétraction primitive ne s'accompagnant d'aucune lésion anatomique, qui lui soit propre, on ne peut en trouver les traces sur le cadavre, et on est obligé de ne faire entrer en ligne de compte que les malades observés pendant leur vie, au moment même où l'affection nerveuse a produit la rétraction musculaire et la déviation des pieds. Il n'est plus permis, en particulier, de rapporter les pieds bots congéniaux à une rétraction musculaire intra-utérine qu'on ne pourra jamais réfuter, mais qu'on ne pourra jamais prouver.

« Sur le vivant ou sur le cadavre, lorsqu'on examine un pied bot, et qu'on s'efforce de le redresser, il arrive le plus souvent qu'on fait saillir des cordes tendineuses qui opposent un obstacle au redressement. Souvent, encore, ces cordes se dissolvent spontanément sous la main, lorsque le pied est abandonné à lui-même. On a tiré de fait incontestable comme une preuve de la rétraction musculaire primitive. Cela ne prouve rien, si ce n'est que certains muscles sont devenus plus courts. Toutes les fois que les deux extrémités d'un muscle sont toujours rapprochées pendant longtemps par une cause quelconque, la longueur absolue de cet organe diminue, et lorsqu'on veut ensuite rendre à la partie la situation naturelle, on trouve un obstacle dans la résistance du muscle raccourci. Ce phénomène si fréquent n'est pas propre aux muscles : il est commun à beaucoup de tissus, aux os, aux tendons, aux ligaments, aux vaisseaux même. Il est entièrement secondaire ; il peut entretenir une déformation due à une autre cause ; — mais il ne peut être accusé d'avoir déterminé la déformation. Il ne peut pas se produire dans le pied bot. La déviation, quelle qu'en soit la cause, doit rapprocher les unes des autres les insertions opposées de certains muscles qui, par suite diminuent nécessairement de longueur, et s'opposent dès lors au redressement. La ténotomie alors favorise merveilleusement l'action des machines qui n'ont plus à lutter que contre les ligaments, mais les succès de cette opération n'ont aucune valeur quelconque dans la question de l'étiologie des pieds bots.

« Je ne pense donc pas que, dans l'état actuel de la science, la dia-

action puisse découvrir si un pied bot est dû à la rétraction sous-culaire. Mais, à vrai dire, je conçois très bien que cette rétraction puisse produire le pied bot. Un ou plusieurs muscles contracturés pendant longtemps peuvent déterminer une légère déviation. Cela suffit pour détruire l'équilibre; lorsque ensuite le malade vient à marcher, le poids du corps, obliquement transmis à la tête du tarse, qui est déviée, exagère chaque jour le renversement. L'action musculaire est alors l'élément initial; sans elle la déformation ne commencerait pas à se produire; mais l'élément principal qui entre dans la déviation, qui l'augmente, qui la rend définitive, c'est le poids du corps dans la station debout et surtout dans la marche.

C'est de la même manière que se produisent la plupart des espèces de pied bot: toutes les causes qui, par un mécanisme quelconque, dérangent l'équilibre normal du pied, placent le membre lésé dans une position comparable à la précédente. Il n'y a d'abord qu'une déviation peu considérable due à la cause initiale; les progrès de cette déviation s'aggravent, en vertu des fonctions spéciales du pied.

Ainsi il suffit d'une légère malformation congénitale des articulations scapulaires pour que les enfants viennent au monde avec les pieds quelque peu déviés; on sait que souvent alors, sans aucun traitement, le pied se redresse de lui-même pendant que l'enfant est au maillot; mais si la déviation persiste jusqu'à l'époque où l'enfant commence à marcher, elle s'accroît de plus en plus à partir de cette époque, et le pied bot devient définitif.

On voit une maladie chronique des os du tarse, ou de l'articulation tibio-tarsienne, modifiée, à un âge quelconque, la conformation des os, leurs rapports et les conditions de l'équilibre; il n'y a pas encore de pied bot, mais le pied bot se produit quelquefois si le malade vient à marcher.

Où encore, par une cause plus ou moins appréciable, certains muscles se trouvent paralysés; leurs antagonistes entraînent le pied de leur côté, et le pied bot se produit ensuite pendant la marche.

Les pieds bots qui font le sujet de cette observation constituent un cas particulier de cette dernière variété. Ici en effet la paralysie de certains muscles ne saurait être douteuse, puisque les fibres musculaires y ont disparu pour faire place à de la graisse.

« Mais on peut encore se demander si cette paralysie, cette altération graisseuse des muscles est primitive ou consécutive, si elle a été la cause des pieds bots, ou si elle en a été le résultat.

« Tout muscle condamné à un repos prolongé s'atrophie, et le vide qu'il laisse en diminuant de volume est rempli par un dépôt interstitiel de tissu adipeux. Dans un certain nombre de pieds bots, lorsque la déviation est portée fort loin, lorsque certains mouvements deviennent impossibles, les muscles chargés d'exécuter ces mouvements peuvent devenir graisseux. L'état graisseux est alors consécutif.

« Une pareille cause ne saurait être invoquée ici. La déviation est peu considérable; elle est tout à fait incapable de réquie les muscles à un repos forcé. J'ai disséqué un valgus congénial très prononcé sur un sujet âgé de 40 ans. Le renversement en dehors était tel que la base de sustentation était fournie par la face interne de l'astragale, et cependant, malgré cette déformation considérable, tous les muscles de la jambe et du pied avaient conservé leur structure normale; ils étaient d'un beau rouge et se contractaient fort bien. Or dans le cas actuel la torsion est très légère; elle n'est donc pas de nature à déterminer l'atrophie graisseuse des muscles.

« Mais il y a une autre raison beaucoup plus péremptoire. La déviation des pieds ne pouvait exercer son influence que sur les muscles de la jambe, et du pied. Elle laissait les muscles de la cuisse et ceux du bassin dans les conditions les plus physiologiques. Et cependant, nous trouvons l'état graisseux très prononcé sur un grand nombre de muscles, de la cuisse et du bassin, tandis que tous les muscles des deux pieds à l'exception du pédieux gauche ont au contraire conservé leur structure normale.

» L'état graisseux n'est pas dû à la présence des pieds bots. De deux choses l'une par conséquent : ou bien il y a simple coïncidence entre ces deux lésions différentes, ou bien c'est l'altération graisseuse qui a produit le pied bot.

« Est-ce une simple coïncidence? On pourrait le supposer peut-être si on ne considérait que ce fait isolé; mais, comme il en existe plusieurs absolument semblables à celui-ci, l'hypothèse de la coïncidence n'est pas admissible.

• Vicq d'Azyr (1) a disséqué le membre inférieur d'un vieillard (1) Œuvres complètes, Paris, 1805. T. V., p. 365.

que le demi tendineux est normal, tandis que le chef ischiatique du biceps est grasseux. Il n'y a donc aucune relation entre l'état des divers muscles et l'origine des nerfs qu'ils reçoivent, — et il est permis de penser qu'il en serait autrement si cette maladie avait sa cause dans les troncs nerveux ou dans l'axe cérébro-spinal. Cette conclusion n'est pas rigoureuse, il est vrai, mais elle constitue du moins une grande probabilité.

La probabilité devient plus grande encore, si, au lieu de comparer les divers muscles entre eux, on compare exactement les différentes parties d'un même muscle. Comment supposer qu'une lésion nerveuse ait pu condamner au repos la partie centrale de la longue portion du biceps, (membre droit,) sans altérer les fonctions des fibres superficielles de ce muscle, de manière à déterminer l'atrophie grasseuse des couches profondes et des couches profondes seulement? — Comment comprendre le phénomène inverse qui s'est produit sur le demi-membraneux, lequel est grasseux dans ses fibres superficielles et tout à fait normal à son centre? Pour rendre compte de ces irrégularités bizarres, il faudrait imaginer tout un roman sur les connexions qui peuvent exister entre les fibres nerveuses primitives à leur origine dans les centres nerveux. — Eh bien! de quelque manière qu'on torture cette théorie, il restera encore un phénomène qu'on ne pourra pas expliquer par une lésion de l'axe cérébro-spinal.

Plusieurs muscles sont adipeux à leur partie moyenne, et sains à leurs extrémités; sur d'autres l'altération grasseuse existe aux deux bouts, et a respecté la partie intermédiaire; enfin, comme pour défrayer toute explication, le couturier de la cuisse droite est divisé de haut en bas en quatre parties: la 1^{re} et la 3^{me} sont grasses, la 2^{me} et la 4^{me} sont normales.

On conçoit que certaines fibres d'un muscle puissent se contracter indépendamment de leurs voisines; il est même probable que dans les contractions peu énergiques, il n'y a qu'un certain nombre de fibres qui entrent en action; mais toutes les parties d'une même fibre sont toujours ou contractées ensemble, ou relâchées ensemble. — Lorsqu'un fibre se contracte, l'action aboutit à ses deux extrémités, et se fait sentir par conséquent dans tous les points de sa longueur. Il est donc impossible que l'altération grasseuse, dans le couturier droit, ait été la conséquence de la paralysie et de l'immobilité.

1849 et sur celui de 1850. En effet, la désorganisation était beaucoup plus profonde, et par conséquent beaucoup plus ancienne, sur les muscles capables de s'opposer à la déviation que sur les muscles capables de la produire. Les premiers avaient été d'abord frappés d'impuissance, et leurs antagonistes avaient entraîné le pied dans une direction vicieuse que la marche avait ensuite exagérée.

« Dans le cas actuel, il n'est plus aussi facile de découvrir le mécanisme précis de la déviation. Beaucoup plus irrégulièrement distribuée, l'altération graisseuse est en même temps plus ancienne, et on ne peut pas préciser l'ordre suivant lequel les muscles ont été envahis. — Cependant il est clair qu'ici, comme dans le cas qui précède, la lésion des muscles s'est établie d'une manière progressive et inégale; il est clair que lorsque les muscles moteurs du pied ont commencé à être malades, les faisceaux encore sains, continuant à se contracter, ont dû modifier les conditions ordinaires de l'équilibre; que le pied a dû reposer sur le sol d'une manière anormale, et que la marche a pu suffire pour produire le pied bot. Il n'en faut pas davantage pour comprendre comment la déviation a été la conséquence de l'atrophie graisseuse des muscles.

« Mais cette atrophie graisseuse elle-même, à quelle cause peut-on la rapporter? Il semble naturel de l'attribuer à une lésion du système nerveux central. Cette lésion n'existait pas sur la moelle que j'ai examinée avec le plus grand soin. Je ne sais si elle existait dans l'encéphale, puisque cet organe avait été enlevé à l'hôpital; mais j'avoue qu'à mes yeux une affection nerveuse ne rendrait qu'imparfaitement compte de l'altération des muscles.

« En effet, si la maladie des muscles était le résultat d'une simple paralysie, due elle-même à une lésion nerveuse, l'état graisseux aurait dû se manifester simultanément dans les divers muscles qui annient le même rameau nerveux; les muscles sains, les muscles malades devraient être disposés en groupes correspondant à la distribution des nerfs. Il n'en est rien, car la répartition de l'état graisseux n'est soumise à aucune règle anatomique; c'est ainsi, par exemple, que sur le membre droit, le jambier antérieur est tout à fait désorganisé, tandis que l'extenseur propre est tout à fait sain; c'est ainsi encore

que le demi-tendineux est normal, tandis que le chef ischiatique du biceps est grasseux. Il n'y a donc aucune relation entre l'état des divers muscles et l'origine des nerfs qu'ils reçoivent, — et il est permis de penser qu'il en serait autrement si cette maladie avait sa cause dans les troncs nerveux ou dans l'axe cérébro-spinal. Cette conclusion n'est pas rigoureuse, il est vrai, mais elle constitue du moins une grande probabilité.

La probabilité devient plus grande encore, si, au lieu de comparer les divers muscles entre eux, on compare ensemble les différentes parties d'un même muscle. Comment supposer qu'une lésion nerveuse ait pu condamner au repos la partie centrale de la longue portion du biceps, (membre droit,) sans altérer les fonctions des fibres superficielles de ce muscle, de manière à déterminer l'atrophie grasseuse des couches profondes et des couches profondes seulement? Comment comprendre le phénomène inverse qui s'est produit sur le demi-membraneux, lequel est grasseux dans ses fibres superficielles et tout à fait normal à son centre? Pour rendre compte de ces irrégularités bizarres, il faudrait imaginer tout un roman sur les connexions qui peuvent exister entre les fibres nerveuses primitives à leur origine dans les centres nerveux. — Eh bien! de quelque manière qu'on torture cette théorie, il restera encore un phénomène qu'on ne pourra pas expliquer par une lésion de l'axe cérébro-spinal.

Plusieurs muscles sont adipeux à leur partie moyenne, et sains à leurs extrémités; sur d'autres l'altération grasseuse existe aux deux bouts, et a respecté la partie intermédiaire; enfin, comme pour défier toute explication, le couturier de la cuisse droite est divisé de haut en bas en quatre parties: la 1^{re} et la 3^{me} sont grasses, la 2^{me} et la 4^{me} sont normales.

On conçoit que certaines fibres d'un muscle puissent se contracter indépendamment de leurs voisines; il est même probable que dans les contractions peu énergiques, il n'y a qu'un certain nombre de fibres qui entrent en action; mais toutes les parties d'une même fibre sont toujours ou contractées ensemble, ou relâchées ensemble. — Lorsqu'un fibre se contracte, l'action aboutit à ses deux extrémités, et se fait sentir par conséquent dans tous les points de sa longueur. Il est donc impossible que l'altération grasseuse, dans le couturier droit, ait été la conséquence de la paralysie et de l'immobilité.

J'ajoute que je m'empressai d'aller reprendre le reste de mon manuscrit au bureau de la Gazette médicale.

39. M. Baumgarten présente une *mélanose du globe de l'œil*, qui a nécessité l'extirpation de l'organe faite à l'hôpital St-Louis par M. Nelaton. L'œil, d'un volume ordinaire, contenait dans la chambre postérieure une masse demi-molle, noirâtre; une production, comme pseudomembraneuse, obstruait la pupille. La sclérotique paraît saine, la rétine et la choroïde sont confondues avec le produit de nouvelle formation. Le nerf optique est atrophié.

39. M. Foucher montre un exemple de luxation des 2 os iliaques sur le bassin avec fracture d'un de ces os. Cette lésion existait chez un homme de 48 ans, mort à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau). L'accident avait été causé par le passage d'une roue de voiture sur le bassin. Le sacrum est fortement déplacé en avant, en haut et un peu à droite; les deux ligaments sacro-sciatiques gauches sont rompus; une fracture existe sur la branche horizontale du pubis près de la cavité sigmoïde gauche, une autre également sur la branche ascendante de l'ischion. Les faits de ce genre ont été rarement mentionnés dans la science. On en trouve un semblable cité dans les mémoires de l'Académie de chirurgie.

40. M. Bauchet met sous les yeux de la Société un *cancer du testicule*. Au commencement de 1851, le malade qui portait cette lésion entra à l'hôpital des cliniques. Il y a un an et demi, il avait vu se développer dans les deux régions inguinales des tumeurs bosselées qui furent enlevées à l'hôpital d'Angers. La récurrence eut lieu bientôt sur place; le malade vint alors à Paris. Deux tumeurs cancéreuses ulcérées très volumineuses existaient dans les deux aines, la plus considérable à droite. L'état général et l'étendue du mal prescrivirent toute opération. Le malade succomba aux progrès de son affection. A l'autopsie, on trouve deux lésions non reconnues pendant la vie; l'appareil de la respiration et de la circulation n'ayant pas été examiné par l'autopsie. Les deux poumons contenaient, principalement à leur surface, de nombreux noyaux de matière encéphaloïde; quelques-uns du volume d'une petite noix, mais leur

taient un peu rouge; examinés au microscope, contenaient des cellules cancéreuses évidentes, sans globules sanguins. Le parenchyme du poumon était légèrement engorgé en arrière. Le ventricule droit présentait à son intérieur des masses blanchâtres, molles, tapissant toute sa face interne, et enchevêtrées dans les colonnes charnues avec lesquelles elles sont confondues intimement. Une de ces végétations plus grosse, munie d'un pédicule assez épais, repousse un des côtés de la valvule tricuspide et fait saillie dans l'oreillette. Ces mammelons ont été trouvés à l'examen microscopique constitués par des éléments cancéreux. Le même produit n'existait dans aucune autre portion du cœur. Cet organe était d'un volume normal; rien à sa surface externe ne faisait soupçonner la lésion qu'il renfermait. Le ventricule gauche était saisi; le tissu musculaire du droit d'une épaisseur normale. Les os, le foie, les reins ne contenaient aucune trace de cancer.

M. Lebert insiste sur l'étendue considérable dans ce cas du cancer du poumon. Cette lésion, dit-il, est le plus souvent secondaire, c'est-à-dire consécutive à la production d'autres cancers dans l'organisme. Le cancer primitif du poumon est au contraire très rare. Le parenchyme de cet organe présente quelquefois le cancer sous forme de petites granulations qu'on pourrait confondre au premier aspect avec le tubercule; mais les granulations cancéreuses sont un peu molles, fournissent à l'incision un suc blanchâtre non grumeleux, pouvant être mêlé exactement avec l'eau; ces deux espèces différentes de granulations que renferment les poumons, se révèlent à l'auscultation par les mêmes symptômes: des râles muqueux sifflants disséminés, se déplaçant quelquefois; la matité à la percussion n'existe que dans les cas où ces granulations sont réunies en masses d'un certain volume.

M. Broca. J'invite M. Bouchet à examiner les ramifications des veines et artères pulmonaires dans le poumon. Dans un cas semblable, M. Velpeau a constaté que le cancer qui avait défoncé la veine iliaque existait simultanément dans le poumon et le ventricule droit du cœur. Dans un autre cas cité par le professeur Andral, la matière cancéreuse avait fait irruption dans une veine et se repr-

contrait en même temps dans le poumon et le ventricule droit du cœur. Il existe sur la pièce que nous avons sous les yeux une végétation cancéreuse qui fait saillie sur la valvule; quelques fragments de cette production morbide auraient pu se détacher et passer dans l'artère pulmonaire. Dans un fait cité par M. Castelnau une petite écharille de bois qui avait servi dans une injection pratiquée sur la senhène, passa par hasard dans le vaisseau, fut entraînée dans la circulation et retrouvée enfoncée dans le cœur.

M. Labart. Je possède plusieurs faits qui démontrent que les maladies causées par une oblitération d'une partie quelquefois éloignée du centre circulatoire peuvent provenir de caillots formés dans le cœur. M. Virchow, de Berlin, a cité dans un travail intéressant des cas de ce genre. Si l'on introduit, comme je l'ai fait plusieurs fois, de la fibrine à une certaine distance de la poitrine dans la veine jugulaire d'un animal, on la retrouve souvent engagée dans l'artère pulmonaire; une fois j'ai vu une des branches de ce vaisseau rompue.

42. M. Legendre présente un poumon offrant les lésions de l'*apoplexie pulmonaire*. Un homme de 22 ans, commis de magasin, après avoir fait rapidement une longue course, se couche, et s'endort sur la paille; à son réveil, il éprouve une douleur vive en arrière du dos, de la gêne pour respirer, de l'oppression, quelques frissons. Il entre alors à l'Hôtel-Dieu (service de M. Husson). Le soir de l'entrée à l'hôpital, la respiration du malade était anxieuse, un peu de subdelirium; souffle en arrière et à la base du côté droit du poumon. Pas de crachats. On pratique une saignée du bras. Le lendemain l'affaiblissement et l'oppression augmentent. Le pouls très rapide ne peut être compté. La mort arrive 24 heures après l'admission à l'hôpital. Les organes digestifs furent trouvés sains; les glandes contenues dans la cavité abdominale sont gorgées de sang. La rate ayant un volume plus considérable que dans l'état normal est un peu molle et diffuse. Dans les deux poumons, principalement sur le bord libre des lobes, noyaux nombreux d'apoplexie pulmonaire, les plus volumineux gros comme une noisette. A la coupe on ne trouve point de sang collectionné, mais uniquement ce liquide infiltré dans le parenchyme de l'organe qui est épaissi et plus friable; le reste du tissu du poumon est rose, assez crépitant. Le cœur était sain.

M.^{re} Craveilhier remarque que dans des cas analogues on a trouvé des collections sanguines dans les branches des artères pulmonaires?

43. M. Blin met sous les yeux de la Société une vessie dont les parois hypertrophiées offrent plusieurs hernies celluluses situées sur les parties latérales. Un homme de 60 ans, atteint depuis 2 à 3 ans, d'incontinence d'urine, entre le 14 février 1851, à l'hôpital du Midi dans une des chambres payantes du service de M. Ricord. Le malade accusait des douleurs à l'hypogastre et au bout de la verge. Le cathétérisme ne fit reconnaître l'existence d'aucun rétrécissement; la prostate ne fut pas trouvée hypertrophiée par le toucher rectal. L'incontinence d'urine était absolue, le liquide évacué était clair, limpide sans aucun corps étranger. Le 21 février, se manifestèrent des frissons suivis de fièvre, puis de la diarrhée. Ces accidents augmentèrent graduellement, jusqu'au 23, jour de la mort. On trouva toutes les tuniques de la vessie, et même la muqueuse hypertrophiées, au point d'acquérir en haut et en arrière un centimètre d'épaisseur. La cavité du réservoir urinaire est peu considérable. A droite et à gauche de la vessie, on pénètre par des orifices étroits dans plusieurs diverticules de la grandeur d'une noisette. Sur le côté droit et en arrière de l'organe, un de ces prolongements se confond avec une tumeur du volume d'une noix constituée par une masse dure, fibro-graisseuse.

44. M. Dufour met sous les yeux de la société un tubercule volumineux développé dans l'épaisseur du cervelet. Cette pièce a été trouvée à l'ouverture du cadavre d'un enfant de 7 ans. Sur la moitié droite du cervelet, au point où existe normalement la saillie la plus antérieure des lobules tonsillaires et hyentes de Reil, on voit une tumeur sous-jacente à la dure-mère, dure dans son point culminant, entourée d'un tissu cérébelleux ramolli. Si l'on écarte le poulbe, on trouve qu'elle se prolonge en avant et en haut vers l'échancrure antérieure du cervelet dans le 4^e ventricule; inclinée, elle présente une substance jaunâtre, tuberculeuse, commençant à se ramollir dans certains points du centre, mamelonnée à la surface externe. Cette tumeur n'a aucune adhérence avec le parenchyme cérébelleux qu'elle a rempli et ramolli; au contraire, elle tient aux lamelles de la pie-mère qui la recouvrent. Le diamètre vertical du tubercule est de 3 centim.

Re transverse de 2 centim. et demi, l'antéro-postérieur, a la même étendue. La dure-mère de l'encéphale est assez injectée, la pie-mère beaucoup moins; les circonvolutions cérébrales aplaties à leur surface. Les deux ventricules latéraux contiennent une grande quantité de sérosité limpide, transparente. Leurs parois sont comme lavées, molles et semblent infiltrées du liquide qui les distend.

La pie-mère entraînée avec elle des morceaux de parenchyme cérébral; nulle part de granulations miliaires tuberculeuses. Les poumons offrent des deux côtés de la congestion hypostatique; en avant, ils sont crépitants, aérés; le poumon gauche présente au sommet un tubercule du volume d'un pois commençant à se ramollir; d'autres plus petits, mais rares dans le reste de l'organe. Dans le poumon droit les tubercules sont plus nombreux, miliaires, excepté en arrière et en bas où l'on rencontre un tubercule plus volumineux, un peu ramolli, entouré d'un parenchyme dur, grisâtre, infiltré de petits tubercules gris. Les ganglions bronchiques contiennent des tubercules, quelques-uns ramollis. La rate présentait à sa surface et dans sa épaisseur, plusieurs petites masses analogues, mais non ramollies. Les intestins étaient sains.

45. M. Barth montra les 5 pièces suivantes :

Une ossification très prononcée des artères coronaires du cœur. L'artère coronaire cardiaque postérieure forme autour de la base du cœur, un véritable anneau dur, ferme et cassant; du volume d'une grosse plume d'oie et n'a plus qu'une lumière très étroite. L'antérieure a ses branches et son tronc également indurées, au point qu'on a de la peine à y retrouver un canal. Les plaques ossiformes existaient également dans l'aorte; l'artère sous-clavière gauche et les 2 os iliaques. Une plaque cartilagineuse épaisse se rencontrait sur la surface de la rate. Ces pièces ont été trouvées à l'autopsie d'une femme de 79 ans, entrée au commencement de janvier 1851, à l'infirmerie de la Salpêtrière, avec des symptômes de cataracte pulmonaire et inflammation légère du parenchyme de l'organe. La malade sembla, au bout de quelque temps entrer en convalescence, pour tomber dans un état de faiblesse et de dépérissement qui se termina par la mort.

46. Un cœur offrant les lésions de la *cardite* et de la *péricardite*. Une femme de 70 ans est admise, le 20 février 1851, à l'infirmerie

de la Salpêtrière, atteints d'un catarrhe pulmonaire avec dyspnée et oppression des forces, elle n'accusait aucune douleur. Mort. A l'autopsie, on trouve des pseudo-membranes molles, jaunâtres, déposées sur les deux-feuillets du péricarde. Petites, ecchymoses rougeâtres sous séreuses sur la surface du cœur. Cet organe mou, flasque, ramolli; le tissu musculaire un peu jaunâtre, se déchirant beaucoup plus facilement que sur plusieurs cœurs sains qu'on compare avec lui.

47. Sur le même sujet, existait une *déformation du foie* due à la constriction du corset; cet organe mou, peu épais est étranglé au niveau de son lobe droit par un sillon antéro-postérieur tellement profond que les deux feuillets antérieur et postérieur de la capsule sont immédiatement adossés.

48. Des *kystes séreux*, du volume d'un petit pois, situés sur l'aile du moyen du ligament large gauche, trouvés sur le même cadavre.

49. Une *perforation de l'estomac* occasionnée par un ulcère chronique et bouchée par une adhérence de l'estomac à la partie inférieure du *sternum*. Cette perte de substance existe à la partie antérieure de l'organe dans le voisinage de la grande courbure, à travers de doigt de la valvule pylorique; la perforation avait au moins la grandeur d'une pièce 5 francs; ses bords adhèrent immédiatement au sternum; ils étaient aplatis, peu épais; la malade sur laquelle cette pièce a été trouvée, était une femme de 81 ans, morte à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans un état d'affaiblissement général avec emphyseme pulmonaire.

M. Cruveilhier rapporte avoir vu une fois un ulcère de l'estomac s'étendant à la paroi abdominale antérieure et s'ouvrant au dehors.

50. M. Broca fait voir quatre pièces.

Un *cancer de l'utérus* ayant détruit d'arrière en avant la paroi de la vessie; le produit morbide, fait saillie dans l'intérieur du réservoir urinaire, et laisse à son pourtour la muqueuse vésicale légèrement soulevée intacte; ce fait me semble analogue à un autre présenté dans une séance précédente par M. Candmont. Ce cancer volumineux avait de plus défoncé le sacrum. De petites masses cancéreuses du volume d'un segment de pois existaient dans les tuniques de l'artère hypogastrique et faisaient saillie au dehors sans avoir détruit les parois du vaisseau.

51. L'utérus d'une femme de 55 à 60 ans offrant sur le col près du museau de tanche de *petites injections arborescentes vasculaires*, puis plusieurs *sailles transparentes* du volume d'une tête d'épingle auxquelles semblaient aboutir ces vaisseaux.

52. Le *rectum* du même sujet présentait de nombreuses *hernies* de la *muqueuse* sous forme de petites cellules appendues au calibre du tube intestinal, s'ouvrant dans son intérieur par un collet étroit, et contenant de petites boules de matières fécales durcies.

53. M. Broca présente enfin un *utérus* dont la cavité est distendue en forme de poche, le *col oblitéré* par un mucus épais; les *œufs de Naboth* ont un volume considérable.

M. Barth rapporte avoir vu la cavité utérine distendue atteindre le volume d'un œuf de poule; le col était, comme dans le cas actuel, oblitéré par du mucus épais.

Carie vertébrale,

Par M. ROMBEAU, interne des hôpitaux.

Hippolyte Caillet, âgé de 7 ans, est entré le 6 janvier 1850 au n° 9 de la salle St-Côme, à l'hôpital des Enfants (service de M. Guersant). Cet enfant, suivant le rapport de sa mère, a joui dans sa première enfance, d'une très bonne santé. Il n'a eu aucune fièvre éruptive. Il n'a jamais eu ni gourme, ni engorgement ganglionnaire, ni ophthalmie. Il est fils unique. Son père, qui était bien constitué, est mort d'une maladie mentale. Sa mère a toujours joui d'une santé excellente.

Vers le milieu de 1849, il se forma un abcès froid sur la partie latérale gauche du cou, dans la région carotidienne. Cet accident paraissait entièrement local. L'enfant n'avait ni toux, ni diarrhée; il continuait à se bien porter. En janvier 1850, il fit une chute dans un escalier. Depuis lors il se plaignit de douleurs lombaires. Quelques bains soulageaient ses douleurs. Mais au mois de décembre 1850, il parut deux tumeurs, l'une au dessus de la malléole interne de la jambe droite, l'autre à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, au-dessous du pli de l'aîne.

Bientôt l'enfant cessa de pouvoir marcher; c'est alors qu'on le conduisit à l'hôpital des Enfants.

Le jour de l'entrée, on constate au-dessous du pli de l'aîne droite, une tumeur fluctuante, irréductible, pyri-forme, grosse comme un œuf de dinde et légèrement douloureuse.

La peau correspondante était tendue, amincie, et comme demi-transparente. Une seconde tumeur fluctuante, aplatie

et arrondie, large d'environ trois centimètres et complètement indolente existait audessus de la malléole interne du côté droit. Du reste, il n'y avait aucune gibbosité, aucune douleur lombaire actuelle. Peu d'instant après l'entrée de l'enfant dans la salle, la tumeur de l'aîne s'ouvrit spontanément. Cette ouverture se fit par rupture, au milieu des cris et des efforts que faisait l'enfant effrayé. Il s'écoula aussitôt une grande quantité de pus bien lié, mêlé de flocons blancs, de consistance caséuse.

Le lendemain, 7 janvier, l'ouverture de l'abcès est large irrégulière, ulcérée. En comprimant sur la fosse iliaque, on fait écouler une nouvelle quantité de pus.

8 janvier, Il n'y a pas de pus sur l'appareil; la pression n'en fait pas sortir du foyer.

9 janvier. Vomissements répétés. Douleurs vives dans l'hypochondre droit, fièvre, abattement, (eau de Seltz, boissons froides.)

10 janvier. Un peu d'amélioration. Les vomissements sont moins fréquents. Les autres symptômes persistent. La suppuration, peu abondante, est sereuse.

11 janvier. Les vomissements cessent; on voit apparaître une éruption scarlatineuse générale.

12 janvier. L'éruption est d'un rouge brun. L'enfant se plaint beaucoup. Les mouvements sont très douloureux, surtout ceux de la tête et du cou. L'ouverture extérieure de l'abcès s'étend par ulcération. Les bords sont entourés d'un cercle inflammatoire.

14 janvier. Il survient quelques convulsions, et l'enfant succombe dans la journée.

Autopsie.

Les poumons offrent un peu d'engorgement, surtout celui du côté droit; pas de traces de tubercules.

Le lobe, les reins, la rate sont parfaitement sains. Le cerveau présente à sa superficie, tant à la convexité qu'à la base, une sérosité verdâtre trouble. On trouve en certains endroits, quelques plaques rouges, comme ecchymotiques, à la surface de la première. De plus, si l'on enlève les membranes, on voit que la substance cérébrale subjacente est, au niveau de ces points, un peu plus rosée qu'ailleurs. Ces détails anatomiques s'observent du côté où le malade se couchait de préférence, c'est-à-dire du côté droit.

Chaque fosse iliaque est occupée par une collection purulente qui remonte en haut jusqu'aux insertions du psoas et qui se prolonge en bas, en passant au dessous de l'arcade fémorale, jusqu'au niveau du petit trochanter.

Le liquide de ces collections n'est autre chose que du pus jaunâtre assez bien lié. Chacune d'elles est rétrécie au niveau du ligament de Fallope et présente par conséquent la forme d'une gourde. Des deux côtés le renflement supérieur de la gourde est plus volumineux que son renflement inférieur.

La portion iliaque de ces collections offre à droite et à gauche une disposition identique; ce qui nous permettra de n'en donner qu'une seule description; placée au dessous de l'aponévrose iliaque, chacune d'elles repose sur le psoas-iliaque, dont quelques fibres superficielles sont détruites; tandis que le reste de ce muscle est seulement refoulé, et pour ainsi dire, étalé derrière la tumeur. Le plexus lombaire, alors qu'il traverse le muscle psoas ne présente pas d'altérations. En avant et en dedans, la collection purulente soulève les vaisseaux qui, du reste, sont parfaitement sains. Sur la face interne des parois de ces collections on peut enlever des portions de fausses membranes. Les os sur lesquels ces foyers reposent ne sont pas

malades. Nous reviendrons tout à l'heure, sur le sujet particulier qui les fait communiquer avec une autre collection purulente, placée au devant du sacrum.

La portion inférieure de ces tumeurs dont la forme les a fait comparer à une gourde, n'est pas semblable à droite et à gauche. A gauche, elle est plus profondément placée. Elle est moins considérable; aussi comprend-on qu'elle ait pu rester inconnue pendant la vie. A droite, elle s'est ouverte à l'extérieur, comme on l'a vu plus haut. Les bords sont décollés, on y voit des débris de muscle, des portions sphacélées, noirâtres; la partie antérieure du corps de la quatrième, de la cinquième vertèbre lombaire est couverte d'une matière blanchâtre, jaunâtre, *comme tuberculeuse*. Cette matière remplace en partie le tissu de la vertèbre. On peut l'enlever assez facilement avec le scalpel. Ces altérations ne présentent pas de communication directe avec les cavités purulentes précédemment décrites; mais, en incisant les aponévroses, les parties molles qui se trouvent au devant du sacrum; on voit que les lésions des vertèbres lombaires se continuent sur le sacrum; on rencontre en ce point du pus, de la matière analogue à celle qui est placée au devant des vertèbres lombaires, enfin des portions de séquestre appartenant au sacrum lui-même. Le dernier disque intervertébral, ainsi que les cartilages non encore ossifiés, placés entre les diverses pièces du sacrum ont en grande partie disparu. Le pus, quoique déjà bien rapproché de l'échancrure sciatique, ne l'a pas encore traversée.

Extrait du rapport de M. Lebert sur l'observation précédente.

Est-ce là un fait d'affection tuberculeuse des os? M.

Rambreau est disposé à admettre cette opinion ; malheureusement la pièce anatomique, quand elle fut soumise à notre examen, était déjà trop altérée pour que l'étude microscopique pût décider la question ; nous remarquerons seulement que l'appréciation rationnelle de l'ensemble des lésions n'est guère favorable à cette opinion. Le pus concret ressemble souvent au premier aspect au tubercule ramolli, et l'examen à l'œil nu, est souvent insuffisant pour décider quelle est la nature réelle du dépôt morbide. Il ne reste alors comme critérium, que la comparaison des altérations locales, avec les faits consignés dans la science et dont la nature ne peut être douteuse. Or, nous savons que, dans le jeune âge surtout, il est infiniment rare qu'il n'existe qu'un seul tubercule dans l'économie ; de plus, on rencontre en général, autour du tubercule ramolli, d'autres masses à un degré de développement moins avancé, et puis des tubercules dans les poumons. Rien de semblable n'existait dans ce cas ; il est donc plus probable que la matière jaune et grenue rassemblée autour des vertèbres malades, était du pus concret. Mes recherches sur la carie vertébrale m'ont appris que les portions de tissu cellulaire, dont les débris traversent la partie cariée, présentent en s'infiltrant de pus, une résistance assez marquée pour ressembler à des tubercules. Rien, par conséquent, ne nous autorise à rapporter ce cas à la carie tuberculeuse des vertèbres.

Kyste de l'ovaire, traité par les ponctions multiples, la canule à demeure, les injections irritantes. — Mort.

Observation recueillie par M. DUTARD, interne des hôpitaux.

C., d'une taille élevée, d'une bonne constitution, jouis-

sant habituellement d'une santé parfaite, entre le 1^{er} sept. 1850, à l'hôpital Beaujon (service de M. Robert).

Les règles apparurent pour la première fois à l'âge de 13 ans; à cette époque, O. s'aperçut de l'existence à la partie inférieure de l'abdomen, sur la ligne médiane d'une tumeur du volume d'un œuf, indolore; cette tumeur, restée d'abord stationnaire pendant 3 ans, se développa brusquement, et atteint en 10 mois environ le volume qu'elle présente aujourd'hui. La tumeur sphérique située dans l'abdomen sur la ligne médiane est assez volumineuse pour simuler une grossesse de 7 à 8 mois; elle est mate à la percussion, parfaitement circonscrite, fluctuante et refoule les intestins en bas et à gauche. L'auscultation ne fait apercevoir aucun bruit à son niveau, le toucher vaginal permet de constater que la tumeur ne plonge pas dans le bassin. Toutes les fonctions s'exécutent bien.

10 sept. M. Robert fait une ponction à la tumeur avec un trocart explorateur, qui donne issue à deux litres d'un liquide rougeâtre un peu filant, renfermant une grande proportion d'albumine, et dans lequel nagent des paillettes de cholestérine. On ferme l'ouverture avec un morceau de diachylon.

Le liquide se reproduit rapidement du jour au lendemain; on le ponctionne tous les deux jours jusqu'au 24 sept.; et chaque fois on retire la même quantité de liquide, présentant les mêmes caractères.

25 sept. Les règles apparaissent, le ventre est un peu douloureux. (Cat. ém.)

28. Nouvelle ponction; le kyste avait repris son volume primitif. On extrait un litre environ de liquide; la ponction est répétée le 3 octobre et donne issue à un litre et demi d'un liquide plus épais et plus coloré.

13 octobre. Ponction; le kyste est vidé presque com-

piètement; compression méthodique avec un bandage de corps serré autour de l'abdomen.

20. Manifestation de l'écoulement menstruel pendant 4 à 5 jours. Au commencement de novembre un peu de constipation nécessite l'administration d'un lavement purgatif; le lendemain, le malade accuse un peu de diarrhée avec selles sanguinolentes. On cesse la compression et on applique des cataplasmes émollients sur l'abdomen. A ces accidents se joignent quelques envies de vomir.

8 novembre. Ponction; le liquide évacué est plus épais.

14. On revient à la ponction pratiquée avec un trocart à hydrocèle, dont la *canule* fermée avec un fausset, est laissée à demeure. Le lendemain la *canule* s'échappe de l'abdomen, le ventre est le siège de douleurs vives, vomissements bilieux et diarrhée. (15 sangsues sur l'abdomen). Le 16, les douleurs abdominales diminuent d'intensité, il n'y a plus ni vomissements, ni diarrhée.

20. Le kyste est très volumineux et tendu; une ponction fait sortir un litre et demi de liquide, la *canule* fermée avec soin est laissée à demeure.

Les jours suivants, le liquide s'écoule un peu sanguinolent, la *canule* demeure en place jusqu'au 22. Le malade accuse de la dysurie, et le cathéterisme doit être pratiqué pendant 24 heures seulement. A partir du 23, les accidents se calment; ils reparaissent le premier décembre avec une nouvelle intensité; alors le kyste a repris son volume.

1^{er} déc. Le kyste est dur, tendu, extrêmement douloureux; vomissements mucoso-bilieux nombreux; diarrhée abondante; pouls petit, fréquent; peau sèche; les douleurs abdominales gênent les mouvements respiratoires.

Ponction du kyste; sortie d'un liquide séreux au début, puis complètement purulent et d'une grande fétidité à la fin de l'évacuation; plusieurs lavages avec l'eau chlorurée, canule laissée à demeure et fixée au moyen de bandelettes de linge enduites de collodion.

2. Nouveau lavage avec l'eau chlorurée; le liquide qui s'écoule est complètement purulent.

3. Les accidents manifestés le 1^{er}, ont reparu depuis la veille avec une grande intensité; le pus qui sort par la canule est très fétide. Lavage avec de l'eau tiède, puis injection d'un mélange d'eau et de solution iodée de Guibourg à parties égales, qu'on laisse séjourner dans le kyste pendant quelques minutes; sensation de picotements légers accusée par la malade. Lorsqu'on débouche la canule, les parois du kyste revenant sur elles-mêmes, projettent avec force le liquide au dehors.

Du 4 au 20 décembre, le kyste diminue un peu de volume, sa cavité contient une quantité moins grande de pus: on a pratiqué 3 fois des lavages dans l'intérieur du kyste, et des injections de la liqueur iodée.

Le 21 décembre, le pus qui s'écoule en dehors est plus abondant et plus fétide.

Pendant tout le courant du mois de janvier 1851, la malade éprouve les accidents d'une fièvre hectique lente; amaigrissement graduel; perte de l'appétit; quelques vomissements; le ventre est peu volumineux, mais sensible à la pression; des lavages sont pratiqués journellement dans le kyste, et tous les 4 à 5 jours, on injecte la liqueur iodée. On remarque que le lendemain de ces injections, la fétidité du liquide purulent qui s'écoule de la poche a beaucoup diminué.

1^{er} février: Au moment de l'injection de l'eau chlorurée dans le kyste, le malade éprouve une douleur vive et subite

dans la fosse iliaque gauche; dans la journée, le ventre devient sensible; douleur vives pendant la miction; peau chaude et sèche, fièvre. (30 sangsues sur l'abdomen, frictions mercurielles.)

Les mêmes accidents persistent le 2, et forcent d'avoir recours au cathétérisme.

A partir du 7 février, les douleurs abdominales diminuent un peu, mais l'état général s'aggrave, la langue et les gencives sont recouvertes d'un léger enduit pultacé, la mastication ne s'opère pas sans douleur. Diarrhée, vomissements, affaiblissement. Le liquide qui sort du kyste est peu abondant et fétide.

Mort le 18 février.

Autopsie. On incise les parois abdominales, et on pénètre dans le kyste par le trajet fistuleux, où était placée la canule à demeure. Ce trajet d'une longueur de 2 centimètres environ, n'offre ni induration, ni engorgement à son pourtour. Autour de lui, des adhérences, étendues à 3 centimètres au moins dans tous les sens, fixent le kyste à la paroi abdominale. Le kyste, d'une capacité égale à celle d'un gros œuf de poule, noirâtre à sa surface interne, recouvert de grumeaux fibrineux, contenait un liquide séropurulent peu abondant, avec quelques grumeaux blanchâtres. Dans deux points différents du kyste, on remarque des ulcérations, l'une est située directement au point qui devait correspondre à l'extrémité de la canule; elle traverse la paroi du kyste; des adhérences avec les parties environnantes empêchent de trouver une communication avec la cavité péritonéale. Une autre ulcération existe sur la paroi gauche du kyste, mais ne communique pas avec le gros intestin, immédiatement accolé. Les parois du kyste sont fibreuses, épaisses de 3 à 4 centimètres, résistantes. A l'extérieur, la tumeur adhère aux parois abdominales, à

l'angle sacro-vertébral, au cœcum à la fin de l'intestin grêle, point à la vessie. Une collection purulente circonscrite existait entre le kyste et le rectum, entourant l'utérus.

Les ligaments larges se voient facilement sur les côtés de l'utérus ; les ligaments ronds occupent leur place normale. Les trompes et les ovaires présentent un singulier déplacement : au lieu de se diriger directement en dehors, ces parties se recourbent en arrière, se rejoignent sur l'angle sacro-vertébral se croisent même, de sorte que la trompe droite est à gauche, et *vice versa* ; les ovaires ont suivi le même déplacement ; ils adhèrent ensemble sur la ligne médiane. L'ovaire droit est parfaitement sain, le gauche jaunâtre et irrégulièrement mamelonné, est fixé à la partie inférieure gauche du kyste, dans la constitution duquel il entre.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 3. Mars 1851.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. Extrait des procès-verbaux. — 1. Tumeur encéphaloïde de la région sous-maxillaire. — 2. Phlegmasie des tissus de l'œil. — 3. Péricardique hémorrhagique. — 4. Concrétions calcaires développées entre la pie-mère et l'arachnoïde. — 5. Exostoses cartilagineuses des côtes. — 6. Nécrose du maxillaire supérieur. — 7. Tumeur de la glande thyroïde. — 8. Fracture de côtes consolidée. — 9. Hypertrophie du périoste du maxillaire supérieur avec production d'aiguilles osseuses. — 10. Tumeur développée dans le péricard. — 11. Diminution du calibre d'une portion de l'estomac. — 12. Testicule envahi par le tissu fibro-plastique. — 13. Cancer de la vessie. — 14. Lipôme. — 15. Fracture des malléoles incomplètement consolidée. — 16. Dilatation de l'uretère, des calices et du bassin d'un rein, causée par l'arrêt d'un calcul dans l'uretère. — 17. Tubercules des reins et de la prostate. — 18. Dilatation des bronches. — 19. Calcul biliaire enclavé dans la partie inférieure de la vésicule. — 20. Diverticulum du duodénum. — 21. Atrophie du rein. — 22. Kystes séreux de l'aillon moyen du ligament large; phlebolithes. — 23. Cancer du foie, du pancréas, du gros intestin, avec dépôt colloïde sur la même portion du tube digestif et sur l'un des ovaires. — 24. Structure de la grande lèvre chez la femme; déductions pathologiques. Discussion. — 25. Kystes séreux de la capsule ligamenteuse du genou. — 26. Tumeur fibro-plastique de la région fessière. — 27. Main bot palmaire. Pied bot équien. — 28. Tubercules des testicules, de la vésicule séminale et d'un rein. — 29. Extrémité de la vessie. — 30. Dilatation de l'aorte; anévrysmes faux. — 31. Dilatations des bronches. — 32. Ulcère de l'estomac. — 33. Oblitération du col utérin par du mucus. — 34. Amincissement des os. — 35. Névrome du nerf tibial postérieur. — 36. Arthrite sèche. — 37. Spina bifida avec éversion. — 38. Cicatrisation des cartilages articulaires. — 39. Dilatation des reins d'un fœtus à terme; absence d'une partie de l'uretère.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société anatomique.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. *Lecomte* présente une tumeur encéphaloïde volumineuse de la région sous-maxillaire ayant causé la mort après deux opérations successives, pratiquées pour des récidives sur place de la lésion. — Doré, militaire, âgé de 40 ans, a été traité plusieurs fois pour des affections de poitrine; aucun des membres de sa famille n'a été atteint de cancer. Au commencement de janvier 1850, un petit engorgement attribué alors à un développement morbide ganglionnaire, se manifesta au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche : pendant quelque temps il avait été précédé de douleurs dentaires qui nécessitèrent l'ablation de deux dents molaires cariées. Néanmoins la tumeur fit de rapides progrès et atteignit le volume d'un œuf de poule. Elle était dure, peu mobile et presque entièrement indolente. Un traitement résolutif n'ayant eu aucun succès, un chirurgien de Bourges pratiqua l'ablation de la tumeur en mars 1850. La plaie se recouvrit de bourgeons charnus exubérants, de fongosités saignantes qui envahirent en peu de temps toute la région parotidienne, malgré des applications répétées de caustique de Vienne. En mai 1850, M. Baudens pratiqua au Val de Grâce, l'extirpation d'une tumeur fongueuse située dans la région parotidienne gauche, affectant des rapports profonds avec les vaisseaux carotidiens, les parois du pharynx et envoyant des prolongements jusqu'à l'apophyse ptérygoïde. L'opération fut longue et l'étendue de la lésion en profondeur ne permit pas de l'extirper complètement : la réunion de la plaie s'effectua par seconde intention, et la cicatrisation fut complète en 2 mois. Le malade put reprendre ses occupations. Mais déjà au bout d'un mois, les fongosités se développèrent de nouveau, et le malade revint en juillet 1850 au Val de Grâce dans le service de M. H. Larrey.

A cette époque, la surface de la cicatrice était ulcérée, hérissée de fongosités saignantes, ses bords épais, décollés; l'ulcère s'étendait en haut jusqu'à la mâchoire inférieure, en arrière, au bord antérieur du trapèze

en bas et en dehors à la clavicule gauche, en bas et en avant aux premiers anneaux de la trachée. Le grand diamètre mesure 0^m, 19, et le transverse 0 , 10 environ. Les pansements divers avec le caustique de M. Recamier, l'application du cautère actuel demeurèrent inefficaces. La tumeur envahit la cavité buccale et fit saillie dans l'arrière-gorge, refoulant l'amygdale gauche et obturant en partie l'isthme du gosier. Les douleurs locales étaient lancinantes, peu vives. La cachexie cancéreuse s'accrut graduellement, et le malade succomba. Dans les derniers jours de la vie, les bords de l'ulcération s'affaissèrent, le volume de la tumeur fut réduit d'un tiers au moins; elle devint pâle et flasque, décolorée. A l'examen du cadavre, on trouva que la tumeur cancéreuse qui (examinée au microscope, par M. Lebert, lui a présenté les caractères évidents de ce tissu morbide), recouvrait les vaisseaux profonds du cou à gauche, le larynx et le commencement de la trachée sans altérer ou comprimer ces organes. Elle envahissait tout l'espace compris entre la branche ascendante gauche du maxillaire inférieur et le pharynx, repousse en haut la glande parotide elle-même cancéreuse, déplace l'amygdale gauche, et adhère à l'os maxillaire supérieur, aux os de la base du crâne, dans la fosse ptérygomaxillaire. La branche ascendante gauche de la mâchoire a presque entièrement disparu; il n'en reste plus que quelques débris osseux, enveloppés par le tissu cancéreux. Le condyle, l'apophyse coronéide sont détachés, amincis, érodés. Destruction de la partie la plus reculée de l'arcade alvéolaire supérieure. Deux ou trois dents sont presque complètement chassées de leurs alvéoles. La paroi postérieure du sinus maxillaire est détruite en partie, en partie réduite à une lame mince, fragile. Pas de cancer dans les autres organes.

M. Lebert. Dans le tissu de cette tumeur, j'ai trouvé à l'examen microscopique des éléments cancéreux; le développement cellulaire n'était pas très complet, ce qui arrive souvent, comme l'a observé M. Broca dans les cancers récidivés ou ceux qui se développent très rapidement.

2. M. Rombeau montre une *phlegmasie de la plupart des tissus de l'œil*, développée à la suite d'une action traumatique et ayant né-

cessité l'ablation de l'organe. Un enfant de 4 ans 1/2, jouissant d'une bonne santé, n'ayant jamais été atteint d'ophthalmie, reçut il y a six semaines, un petit fragment d'ongle qui s'implanta dans le globe oculaire et fut extrait immédiatement; depuis, la conjonctive s'injecta, et peu après l'accident, la coloration normale de la pupille s'altéra, la vision s'affaiblit et enfin s'abolit complètement, la paupière se tuméfia simultanément. Des douleurs gravatives profondes étaient accusées par la petite malade. Lors de l'entrée à l'hôpital des Enfants, l'œil était dans l'état suivant : la pupille est blanchâtre, la conjonctive injectée, la cornée entourée d'un cercle rouge; la sclérotique à sa partie la plus externe présente une teinte bleue foncée, avec bosselures irrégulières, puis deux petites ulcérations. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens n'étaient pas engorgés; les ulcérations de la sclérotique augmentèrent graduellement d'étendue. M. Guersant pratiqua l'ablation de l'œil. En examinant la pièce, on trouve les ulcérations entourées d'un tissu épais qui ne laisse suinter aucun suc ni à la coupe ni à la pression. L'examen microscopique fait par M. Lebert, lui a fait reconnaître dans ce tissu principalement des globules purulents et quelques globulins ou petits noyaux qui ressemblent aux produits organisés de l'inflammation chronique. De plus, on rencontre quelques éléments fusiformes; la cornée paraît augmentée d'épaisseur et a perdu sa transparence. Une substance grise, brunâtre, épaisse semble combler la chambre antérieure et se continuer avec la sclérotique malade; derrière l'iris, une masse épaisse, molle, blanche semble remplacer le cristallin; on y rencontrait les deux espèces de globules purulents et noyaux de la variété du tissu fibro-plastique; en outre, certains éléments fibreux plus ou moins larges, mais nulle part, les fibres rubanées du cristallin.

M. Dufour présente plusieurs pièces :

3. *Une périocardite hémorragique.* Le cœur considérablement augmenté de volume est recouvert, aussi bien que le feuillet pariétal du péricarde, de fausses membranes rougeâtres, sans exhalation sanguine; de nombreux vaisseaux rampent sous la séreuse pariétale.

4. *Des concrétions calcaires volumineuses,* développées entre la pie-mère et l'arachnoïde, et ayant perforé la dure-mère; ces concrétions, au nombre de 3 principales, ont l'épaisseur d'un millimètre.

environ; la plus grande, la surface d'une pièce un franc, d'une couleur jaunâtre claire. La dure-mère est éraillée, et ses fibres écartées au niveau de ces productions calcaires.

Ces pièces ont été trouvées à l'autopsie d'un enfant de 11 ans, mort dans le service de M. Bouneau (hosp. des Enfants), avec les symptômes d'une fièvre typhoïde. A l'autopsie, on trouva des granulations tuberculeuses miliaires en grand nombre dans les méninges, le péritoine et les poumons.

M. Barth. Ces concrétions que l'on rencontre sous l'arachnoïde sont le plus souvent osseuses. Une expérience simple suffit pour s'en convaincre : les plaques calcaires, chauffées sur un papier joseph, ne le tachent point; au contraire, les plaques osseuses laissent un dépôt de graisse abondant.

5. *Des exostoses cartilagineuses de plusieurs côtes* trouvées à l'autopsie d'un enfant de 15 ans, mort de fièvre typhoïde dans le même service; ces exostoses placées au niveau de l'articulation du cartilage avec la côte sont situées à sa face interne, saillantes, se continuant avec le tissu normal du cartilage.

M. Lebert. Cette pièce offre beaucoup d'intérêt. M. Parise a décrit ces épiphysees osseuses, qui débordent, suivant lui, par un ramollissement du tissu osseux et finissent quelquefois par entourer la côte comme une gaine. J'ai cherché dans les observations de M. Parise si la lésion avait été constatée à l'état de cartilage; cela n'est pas évident, d'après les faits qu'il rapporte; mais celui que nous avons actuellement sous les yeux peut servir de chaise.

6. *Une nécrose de la plus grande partie d'un maxillaire supérieur*, appartenant à un enfant placé à l'hôpital des Enfants dans le service de M. Bouneau. Une stomatite, débutant au mois d'octobre 1850, avait été suivie de gangrène de la bouche, de nécrose du maxillaire supérieur et de la formation d'un sequestre qui fut enlevé le 15 janvier. On retrouve sur ce sequestre 3 dents, la plus grande, partie du sinus et la tubérosité maxillaire.

7. M. Legendre montre une *tumeur de la Glande thyroïde* trouvée à l'autopsie d'un homme mort de fièvre typhoïde à l'Hôtel-Dieu (service de M. Husson). Cette tumeur volumineuse, comprimée et rétrécie un peu la trachée; elle est constituée, à son intérieur par des

cavités nombreuses qui lui donnent un aspect aréolaire; en avant et en haut, près de la surface se trouve une petite masse du volume d'une noix, ferme, jaunâtre, comme crétacée.

8. Le même membre présente une *fracture des huitième et neuvième côtes*, soudées au moyen d'un cal en virole. Cette pièce provient d'un homme entré, il y a un mois, dans un service de chirurgie pour une fracture de côtes occasionnée par un coup sur le thorax, il demeura huit jours dans les salles de chirurgie. Au bout de deux semaines il entra dans le service de M. Husson, accusant une douleur dans la région splénique et des accès de fièvre survenant chaque soir. Le malade succomba et l'on trouva la rate grosse, ramollie, diffuse, ne contenant pas de pus, mais au dessous de cet organe, limité par des adhérences du péritoine, les parois costales et la rate, une collection purulente qui s'était rompue dans le péritoine et avait occasionné la mort.

9. M. Lebert présente une *hypertrophie du périoste d'un maxillaire supérieur avec production d'aiguilles osseuses*. Cette pièce provient d'une opération faite par M. Maisonneuve sur une femme opérée par M. Cucco 5 mois auparavant. Ce chirurgien avait pratiqué l'ablation du maxillaire d'un côté, se proposant d'enlever plus tard celui du côté opposé qui commençait à être envahi par la tumeur. Mais le malade quitta l'hôpital et se présenta plus tard dans le service de M. Maisonneuve qui pratiqua l'ablation du maxillaire. Sur la pièce on voit la portion du maxillaire formant la partie antérieure de la voûte palatine épaissie; de cette lame partent de nombreuses aiguilles osseuses assez épaisses qui remplissent le sinus maxillaire et donnent à l'os l'aspect d'un madrépore; les parties molles qu'on retrouvait au milieu de ces lames ossiformes qui n'étaient pas réellement osseuses, ne contenaient pas de cancer, mais simplement du tissu fibroblastique. Nous avons donc là une simple maladie du périoste.

M. Broca. Cette pièce ressemble plus qu'à aucune autre à celles que nous devons à MM. Houel et Paradis (*vid.* Bullet, 1850. J'avais cru devoir conclure de l'examen des pièces qui nous ont passé sous les yeux l'an dernier, que les altérations osseuses sur les pièces de MM. Paradis et Houel étaient dues à du cancer, j'avais été trop affirmatif

et je me range de nouveau à l'opinion de M. Deville qui n'avait pas regardé ces lésions comme de nature cancéreuse.

M. Deville. Quand on rencontre des aiguilles osseuses implantées à la surface d'un os, je n'ai jamais nié la possibilité d'un cancer, mais je ne crois pas qu'il soit permis de la présence d'aiguilles osseuses, de conclure à l'existence antérieure d'un cancer. J'ai rencontré de ces aiguilles osseuses dans un épulis, puis dans un enchondrome de la main.

10. M. Parmentier montre une tumeur du volume d'une noix, jaunesémi-molle, sans kyste périphérique, placée au milieu d'un tissu pulmonaire splénisé (hôpital de la Charité, service de M. Cruveilhier).

11. M. Labat montre un estomac offrant vers la partie moyenne une diminution de calibre. Une femme de 65 ans accusant depuis de longues années de la difficulté dans les digestions, des aigreurs, des éructations vit une tumeur cancéreuse se développer au sein. La malade entra pour cette tumeur dans le service de M. Laugier à l'hôpital de la Pitié; l'opération fut pratiquée et le travail de cicatrisation progressait régulièrement, quand dans le cours d'un repas se déclare une suffocation brusque; la mort arrive rapidement. A l'autopsie, outre un engorgement marqué de la partie postérieure des deux poumons, un peu de piqueté rouge dans le cerveau, on trouve l'estomac séparé par une sorte de rétrécissement qui semble congénial à M. Labat, en deux portions, l'une œsophagienne, l'autre pylorique; les fibres musculaires ne forment pas à ce niveau un anneau plus épais qu'ailleurs.

M. Deville ne partage pas cette dernière opinion; par une légère traction, on peut faire disparaître ce rétrécissement apparent. C'est probablement, une de ces contractions momentanées indiquées par les physiologistes pendant le travail de la digestion.

M. Richard. M. Andral a plusieurs fois noté cette disposition de l'estomac dans des cas d'agonie rapide.

12. M. Baumgarten montre un testicule volumineux régulier, non bosselé qui paraît envahi par le tissu fibroplastique; ce testicule a été enlevé à l'hôpital St Louis par M. Nelaon.

13. *M. Mondière* présente un *cancer de la vessie*. Le malade sur lequel on trouve cette lésion accusait depuis neuf mois, des douleurs lancinantes de la région hypogastrique; 3 mois plus tard survint une hématurie. Les douleurs persistèrent constamment, simultanément survint une difficulté dans l'excrétion des urines qui engagea cet homme à entrer dans le service de M. Civiale à l'hôpital Necker. Le cathétérisme ne fit découvrir aucun obstacle; une injection d'eau pratiquée dans la vessie causa une douleur si vive que le ch. rgien ne la distendit pas complètement. Une petite quantité de sang et de débris organiques s'écoulèrent de la vessie avec le liquide injecté; le lendemain, en examinant l'urine du malade qui rendait un peu de sang, on trouva sa réaction alcaline; 2 jours plus tard l'alcalinité avait disparu ainsi que le sang. Le malade succomba à la suite d'accidents fébriles. A l'autopsie on trouve la paroi postérieure et supérieure de la vessie occupées par une tumeur qui fait saillie dans son intérieur sous forme de cloison, divisant la partie postérieure de l'organe en deux loges incomplètes.

14. *M. Diehl* met sous les yeux de la Société un *lipôme* offrant un aspect singulier. Cette masse graisseuse développée à la face interne d'une cuisse, peut être assimilée pour l'aspect à une glande mammaire recouverte par la peau et sur laquelle fait saillie une petite tumeur adhérente à la première, également recouverte de l'enveloppe cutanée et comparable au mamelon.

M. Broca. *M. Gerdy* a enlevé l'an dernier à l'hôpital de la Charité une tumeur du même genre, beaucoup plus volumineuse; la masse superposée à la plus profonde avait au moins le volume d'un poing, était étranglée par une base étroite et présentait de la gangrène à son sommet.

15. *M. Fowler* montre une *fracture des deux malléoles* incomplètement consolidée.

Un malade se présente à l'hôpital de la Charité (serv. de M. Velpeau) avec une fracture des deux malléoles, luxation de l'astragale, rotation du pied en dehors. Le membre fut placé dans un appareil de Souhet, puis plus tard dans un appareil dextriné. Pendant que le malade était soumis à ce dernier traitement, des accidents locaux de gangrène se manifestèrent et le malade succomba à une infection

purulente. A l'autopsie l'on trouva les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne de chaque côté intacts; la malléole interne presque complètement consolidée, l'externe au contraire fixée par des liens lâches au péroné encore mobile. Le long du tendon du muscle extenseur commun, au niveau de l'astragale, on retrouvait un fragment d'os, offrant un encroûtement cartilagineux sur une de ses faces, et ayant au moins la largeur d'une pièce de 50 centimes. Sur aucun os du tarse ou de la jambe, on ne retrouve la trace manifeste d'une perte de substance à laquelle on puisse rapporter le détachement de ce fragment osseux.

16. *M. Bauchet* montre une *dilatation de l'urètre, des calices et du bassin* d'un rein, occasionnée par l'arrêt d'un calcul, dans une partie du canal excréteur. Le calcul, du volume d'une petite noix, brun, noirâtre, hérissé de quelques aspérités, est arrêté au-dessus du point d'aboutement de l'urètre dans la vessie; une injection d'eau, faite dans l'urètre d'arrière en avant, ne pouvait passer sur les côtés du calcul et tomber dans le réservoir urinaire. Le rein est augmenté de volume; sa substance, dans son état normal, non épaissie; l'accroissement apparent du volume du rein est dû à la dilatation du bassin et des calices. L'urètre, au-dessus du point oblitéré par le calcul, a le volume de l'intestin grêle d'un adulte; il est noueux, replié plusieurs fois sur lui-même; dans sa cavité, 4 replis valvulaires, 2 placés près de la partie supérieure de l'urètre, 2 autres plus bas; la valvule supérieure circulaire, peu haute, à bord dirigé en bas est pourvue d'une petite cavité en forme de nid de pigeon, assez grande pour permettre l'introduction de l'extrémité du petit doigt et perforée à son fond de deux ouvertures. Les autres valvules beaucoup moins hautes, ont leur bord libre, les unes dirigé en haut, les autres en bas.

17. *M. Bacquias* montre des *tubercules développés dans les deux reins et dans la prostate* d'un malade mort de paralysie générale à l'hospice de Bicêtre. Plusieurs tubercules crétacés et une caverne existaient au sommet d'un des poumons. Les deux reins, d'un volume ordinaire, sont criblés à leur surface de petits points tuberculeux, les uns demi-transparents, les autres jaunâtres; ces petites masses ramollies par places se trouvent dans la substance corticale comme dans la

tubuleuse, mêlées à un liquide purulent. La prostate volumineuse contenait également des tubercules ramollis.

M. Barth met sous les yeux de la Société plusieurs pièces.

18. Un exemple de *dilatation des bronches*. Une femme de 60 ans entra, il y a quelques mois, à l'infirmerie de la Salpêtrière ; maigre, elle toussait depuis longtemps et présentait une hémorrhagie utérine. Au sommet d'un des poumons, l'auscultation faisait entendre des craquements humides ; pendant plusieurs mois, l'affaiblissement de la malade ne parut pas faire de progrès notables ; lorsque de la diarrhée, des sueurs abondantes avec prostration se manifestèrent et causèrent la mort. On trouva, en examinant le cadavre, les deux poumons complètement adhérents ; aux deux sommets, le parenchyme, d'un gris noirâtre, dur, entouré des bronches dilatées, moniliformes ; les extrémités des canaux bronchiques présentent une augmentation de calibre remarquable jusque près de la surface.

19. Un *calcul biliaire volumineux, enclavé dans la partie inférieure de la vésicule biliaire*. La vésicule contenait plusieurs calculs libres ; à son fond, existait un calcul plus volumineux, de la grosseur d'une aveline ; les parois de la vésicule, appliquées immédiatement sur ses contours, ne permettaient pas le passage de la bile ou d'un corps quelconque. Un autre calcul se rencontrait libre dans le canal cholédoque qui avait conservé sa forme normale. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'une femme de 60 ans, morte de pneumonie double, à l'infirmerie de la Salpêtrière.

20. Dans le *duodénum* du même sujet, on rencontrait un *diverticulum* se continuant immédiatement avec les parois du tube digestif, permettant l'introduction du petit doigt et allant plonger dans la tête du pancréas. Ce canal semble indépendant des conduits pancréatiques.

21. Une *atrophie d'un rein*. Cet organe, qui n'est le siège d'aucun produit morbide, a environ 4 centim. de hauteur sur 2 et 1 1/2 de large ; ses deux substances sont peu distinctes, sans aucune décoloration. L'uretère était d'un volume petit en proportion ; sa cavité libre dans toute son étendue. Le rein du côté opposé était sain. Cette atrophie du rein est attribuée par M. Barth à un arrêt de développement, il

fait remarquer que dans ces atrophies du rein, les deux substances sont quelquefois altérées, d'autres fois intactes.

22. De petits *kystes séreux* développés dans l'aileron moyen du ligament large, au niveau du corps de Rosenmuller. Dans les replis du ligament large du même côté, chez la même femme, âgée de 84 ans, morte d'une bronchite à la Salpêtrière, on remarquait des *phlébolithes*. Ces phlébolithes sont beaucoup moins rares qu'on ne le pense généralement; ils semblent dus à des transformations de caillots sanguins; quelques uns en effet sont durs dans une de leurs parties, noirâtres et mous dans d'autres. Leur siège est plus difficile à déterminer; cependant, j'ai vu plusieurs fois la cavité de la vésicule communiquant par un collet étroit avec celle qui contenait le phlébolithe.

23. Un cancer du foie, du pancréas, du gros intestin, avec dépôt colloïde sur la même portion du tube digestif et sur l'un des ovaires. — Une femme âgée entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, se plaignant de constipation; la palpation du ventre fait découvrir à gauche de la ligne blanche, dans la région épigastrique, une tumeur à limites peu distinctes, s'élevant et s'abaissant dans les mouvements respiratoires, ce qui nous prouvait qu'elle n'était pas développée dans la paroi des muscles, mais dans la cavité péritonéale. Il n'y avait pas d'ictère ni de vomissements, pas de douleurs spontanées, mais de la sensibilité à l'épigastre par la pression. Quelques jours après, survint un vomissement contenant du mucus un peu noirâtre, peu abondant. Aucun nouveau phénomène ne se manifesta. Le diagnostic avait été cancer du foie; la malade s'affaiblit graduellement et succomba le 12 mars. On trouve la queue du pancréas plus grosse que la tête et infiltrée d'une matière encéphaloïde manifeste. En général, dit M. Barth, le cancer du pancréas occupe la tête de l'organe. Du pancréas partaient deux canaux, l'un qui s'ouvrait avec le canal cholédoque dans le duodénum, l'autre qui aboutissait seul à un point plus élevé de la même partie du tube digestif.

Le foie était parsemé de masses encéphaloïdes depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une pomme d'api; les unes blanches nacrées, les autres rosées; leur consistance varie beaucoup; quelques unes tellement ramollies qu'au centre la masse est convertie en une bouillie

lie de vin, très liquide qui s'écoule à la coupe. La vésicule distendue par la bile jaunâtre, fluide, contenait un calcul ovoïde, brun, lisse, poli, luisant; les canaux biliaires sont libres. Pas de traces de cancer dans l'estomac. Dans la paroi du rectum au-dessus du cul de sac utéro-rectal, masses cancéreuses aplaties, renfermant une matière gélatineuse colloïde. Un champignon du volume d'une noisette, cancéreux encéphaloïde et un peu colloïde, rosé, mamelonné, fait saillie à l'intérieur du rectum, à quatre travers de doigt au dessus de l'anus. La muqueuse dans cette partie du rectum est livide. Sur l'ovaire droit on trouve une tumeur rougeâtre mamelonnée, assez dure.

24. M. Broca montre des pièces sur lesquelles il a mis en évidence par la dissection la *structure de la grande lèvre*. — Il a découvert dans l'épaisseur de ce repli un sac membraneux qu'il compare au dartos de l'homme; et qu'il propose de nommer *sac dartotique de la femme*. Voici la description que M. Broca donne de cet organe.

« Lorsqu'on dissèque de dehors en dedans la peau de la grande lèvre, on la sépare sans aucune difficulté d'un feuillet membraneux parfaitement net qui tient la place du fascia superficialis; après avoir rejeté en dedans la peau ainsi détachée, on voit que ce feuillet vient s'insérer sur la face profonde du derme au niveau précisément de la gouttière qui sépare la grande lèvre de la petite.

« En dehors, ce feuillet membraneux prend des insertions sur la lèvre externe de la branche ischio-pubienne, au dessous de l'insertion du corps caverneux du clitoris; en arrière de la fourchette, il se continue insensiblement avec le fascia superficialis du périnée et de la région ischio-rectale; en avant il offre une disposition plus compliquée, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

« Or, on sait que l'aponévrose périnéale superficielle (ischio-pubio-vulvaire de M. Jarjavay) présente, en dedans et en dehors des insertions précisément identiques. Partie de la branche ischio-pubienne elle va se rendre aussi au derme de la vulve, dans le sillon qui sépare la nymphé de la grande lèvre.

» L'aponévrose périnéale superficielle et le feuillet que je décris sont donc confondus par leur insertion ischio-pubienne et par leur insertion vulvaire; mais entre ces deux limites ils sont séparés l'un

de l'autre par un paquet graisseux qui constitue presque toute l'épaisseur de la grande lèvre. Tous les anatomistes ont décrit le paquet graisseux; mais aucun d'eux n'en a indiqué le siège précis ni les connexions exactes.

« Voilà ce qu'on aperçoit lorsqu'on se contente de détacher la peau de la grande lèvre; voici maintenant ce qu'une dissection plus étendue permet de reconnaître.

« Le feuillet membraneux que je viens d'indiquer n'est autre chose que la paroi antérieure d'un sac qui est l'analogue du dartos de l'homme.

« Qu'on se figure une bourse membraneuse à goulot long et étroit et à fond aplati; qu'on l'introduise par la pensée entre la peau et l'aponévrose périnéale superficielle, de telle sorte que son fond soit tourné vers la fourchette, et que son ouverture, dirigée en haut et en dehors, vienne aboutir à l'anneau inguinal externe, et on aura une idée exacte du sac que je décris.

« Ce sac commence au pli de l'aîne au devant de l'anneau externe; ses fibres proviennent en grande partie du fascia superficialis de la cuisse et de l'abdomen; quelques-unes d'entre elles cependant naissent directement de l'épine pubienne et du pilier externe de l'anneau. A partir de ce point ces fibres descendent obliquement de haut en bas et de dehors en dedans; interceptant une cavité en forme de tronc de cône dont la partie rétrécie, située en haut, sur l'anneau inguinal, reçoit aisément le doigt auriculaire. Devenant de plus en plus large à mesure qu'il descend, ce sac membraneux s'aplatit d'avant en arrière et se place dans l'épaisseur de la grande lèvre, entre la peau et l'aponévrose superficielle du périnée. Au niveau de la fourchette, ses deux parois opposées se rapprochent, se confondent, et ne forment plus dès lors qu'un seul feuillet qui se continue avec le fascia superficialis des parties latérales de l'anus.

« La face antérieure de ce sac est presque libre d'adhérences. Il suffit de quelques tractions pour la détacher de la peau dont elle est séparée seulement, chez les femmes grasses, par quelques vésicules adipeuses. On opère très facilement cette séparation avec le manche du scalpel.

« La face antérieure est également libre d'adhérences dans sa moi-

tié supérieure; là, on l'isole aisément avec la pulpe de doigt; mais dans sa moitié inférieure, c'est-à-dire depuis le niveau du méat urinaire jusqu'au niveau de la fourchette, elle adhère à la face inférieure de l'aponévrose superficielle. Il faut disséquer pour séparer ces deux plans membraneux l'un de l'autre, et il existe même un point, au niveau de l'insertion ischio-pubienne où cette séparation est impossible. Là, en effet, ces deux plans se confondent dans une insertion unique.

« Le bord externe du sac est libre dans sa moitié supérieure; mais à partir de l'insertion du corps caverneux, il s'implante sur la branche ischio-pubienne. Il en résulte que ce bord constitue en haut une espèce d'arcade à concavité externe et inférieure, arcade dont l'extrémité supérieure s'insère sur le pilier externe de l'anneau et dont l'extrémité inférieure adhère à la branche ischio-pubienne. Pour apercevoir cette arcade, il suffit d'enlever la peau et quelques vésicules adipeuses; on voit alors un cordon blanc, épais et concave, sous lequel on introduit le doigt avec la plus grande facilité, ce qui permet de soulever la moitié supérieure du sac, aussi aisément qu'on soulève, chez l'homme, le cordon et ses enveloppes au dessous de l'anneau inguinal.

« Le bord interne du sac est convexe. Dans sa moitié supérieure il est en continuité avec le fascia superficialis du mont de Vénus; il reçoit même quelques fibres qui proviennent du ligament suspenseur du clitoris; il est séparé du bord correspondant de son homologue par un espace anguleux dont l'ouverture est dirigée en haut, espace qu'occupe la masse adipeuse du mont de Vénus. Dans sa moitié inférieure, le bord externe du sac s'amincit et adhère au derme de la grande lèvre, dans le sillon qui la sépare de la nymphé.

Le bord inférieur du sac offre une gouttière fort aiguë dont l'ouverture est dirigée en avant. A ce niveau, le feuillet antérieur et le feuillet postérieur convergent très obliquement et se confondent en un feuillet unique qui se continue avec le fascia superficialis du périnée.

« L'extrémité supérieure du sac, c'est-à-dire son ouverture, s'applique exactement sur le pourtour de l'anneau inguinal. Si on in-

troué une sonde cannelée dans le canal inguinal par l'anneau interne, on voit l'instrument pénétrer sans difficulté dans le sac, en parcourir le goulot, et aboutir à la grande lèvres. Il est clair, par conséquent, que ce sac doit servir d'enveloppe aux viscères qui s'échappent à travers le canal inguinal.

« Enfin la cavité du sac est remplie de graisse; c'est dans son intérieur qu'est contenu le bourrelet adipeux de la grande lèvres. Même sur les sujets les plus maigres, je n'ai jamais vu cette graisse manquer complètement. La masse adipeuse adhère peu à la moitié inférieure du sac; en haut, elle adhère davantage; chez les femmes maigres, on peut, en introduisant un insufflateur à travers la paroi antérieure, distendre avec le gaz les deux tiers inférieurs de la cavité, presque aussi aisément qu'on insuffle la cavité des épiploons. — Je n'ai jamais pu faire remonter l'air jusqu'au niveau de l'anneau inguinal; l'adhérence de la masse adipeuse augmentant de bas en haut, j'ai toujours produit une rupture avant d'obtenir l'insufflation complète.

« Le point le plus important à noter, c'est que le ligament rond de l'utérus, après avoir perdu le plus grand nombre de ses fibres qui s'implantent sur le pubis et sur les piliers de l'anneau, s'engage dans le goulot du sac et s'éparille en plusieurs petits faisceaux blancs qu'on peut suivre jusque dans la grande lèvres.

« Chez le fœtus, l'extrémité inférieure de ce prolongement péritonéal qu'on appelle le canal de Nuck, et qui accompagne le ligament rond, vient se terminer en cul-de-sac dans le goulot de la bourse membraneuse que je viens de décrire.

« Les parois de notre sac ont une structure évidemment fibrillaire; toutes les fibres sont parallèles, obliques de haut en bas et de dehors en dedans; les supérieures viennent de l'anneau inguinal et du fascia superficialis de l'abdomen; les inférieures proviennent de la branche ischio-pubienne; et quelques-unes, ainsi que je l'ai déjà dit, sont fournies par le ligament suspenseur du clitoris. Elles sont d'un blanc jaunâtre et présentent une élasticité considérable. Chez les femmes récemment accouchées, cette élasticité augmente encore; en même temps les parois du sac s'épaississent et offrent une couleur rougâtre. C'est à l'élasticité de ces fibres qu'il faut attribuer la forma-

tion de la gouttière qui sépare les nymphes des grandes lèvres.

J'ai vainement cherché dans les auteurs la description de ce petit appareil membraneux dont la connaissance jette le plus grand jour sur l'histoire des maladies de la grande lèvre.

Ainsi, tout le monde sait que les hernies inguinales de la femme descendent dans l'épaisseur et quelquefois même jusqu'au fond de la grande lèvre. On ne s'est pas demandé pourquoi elles suivaient constamment ce trajet oblique au lieu de prendre quelque autre direction et surtout au lieu de se développer uniformément sous la peau, lorsqu'elles ont franchi l'anneau externe. L'existence de ce sac qui présente la même disposition que le dartos de l'homme rend très exactement compte de ce phénomène.

On sait encore qu'un grand nombre de tumeurs de la grande lèvre, lorsqu'elles atteignent un certain volume, prennent la forme d'un ovoïde dont le gros bout est dirigé vers la fourchette et dont la petite extrémité se rapproche plus ou moins de l'anneau inguinal. C'est parce que la plupart de ces tumeurs ont leur point de départ dans l'intérieur même du sac dartoïque, qui renferme, comme je l'ai dit, la presque totalité du tissu cellulo-adipeux de la grande lèvre. Telle est en particulier la forme des kystes, qui, pour le dire en passant, ne me paraissent pas provenir de la glande vulvo-vaginale. Jamais, en se développant, ces kystes ne dépassent le pli génito-crural. Il en est de même des abcès qui se forment si fréquemment dans cette région. On pourrait peut-être attribuer à cette limitation vers le côté externe à la pression mécanique exercée par la pression des cuisses ; mais cette explication n'est plus applicable aux liquides qui s'infiltrant ou qui s'épanchent dans l'épaisseur de la grande lèvre. Or, ces liquides, comme les collections limitées par une membrane, ne s'étendent ni en arrière au delà de la fourchette, ni en dehors vers la cuisse ; c'est ce qu'on remarque en particulier pour l'œdème des grandes lèvres, et surtout pour les épanchements de sang qui succèdent aux contusions. Le liquide épanché constitue dans ce dernier cas une tumeur ovoïde qui peut remonter jusqu'à l'anneau inguinal et qui ressemble tellement à une tumeur herniaire que l'erreur a été plusieurs fois commise. Boyer en rapporte un exemple ; et j'ai vu

moi-même à l'Hôtel-Dieu, en 1848, dans le service de M. Blandin, une femme chez laquelle un trombus de la vulve, résultat d'une contusion, avait été pris pour une hernie étranglée par un médecin de ville et par le chirurgien du bureau central qui avait signé l'admission à l'hôpital.

M. Deville. La description que vient de donner M. Broca est neuve et intéressante, mais je crois qu'il a tort de confondre la couche qu'il décrit avec le dartos qui chez l'homme comprend en réalité trois couches; une première de tissu cellulaire, une seconde plus profonde constituée par des fibres musculaires, dont une partie forme un entrecroisement médian avec le dartos du côté opposé, une troisième enfin celluleuse. L'ensemble de ces couches donne lieu à un sac; mais le dartos seul ne forme qu'une lame quadrilatère et un sac incomplet en bas et en dehors se continuant en haut avec le ventrier en bas avec le périnée. M. Broca englobe probablement plusieurs couches dans ce qu'il vient d'indiquer comme le dartos de la femme, s'il en est autrement cette couche ne serait pas l'analogue du dartos de la femme.

M. Broca. Je n'adopte pas les opinions qui viennent être avancées par M. Deville; d'abord le muscularité du dartos me semble très contestable; en examinant plusieurs fois les parties de cette couche au microscope je n'y ai pas trouvé les éléments du tissu musculaire. La couleur rouge du dartos ne doit pas en imposer à cet égard. Les fibres qu'on y rencontre sont ce que les Allemands ont nommé du tissu cellulaire contractile, de plus les causes qui font contracter un muscle ne font pas contracter le dartos et vice versa.

M. Deville. Les fibres qu'on rencontre dans le dartos ne sont pas annelées et striées, cependant j'y trouve les caractères d'un muscle.

25. **M. Verneuil** montre plusieurs petits kystes séreux développés dans la partie postérieure de la capsule ligamenteuse du genou: ces petits kystes transparents, irréductibles, situés au niveau de la capsule des jumeaux sont au nombre de trois, l'un d'eux, le plus volumineux a la grosseur d'un gros pois.

26. **M. Lecomte** présente une tumeur fibro-plastique de la région

fessière. — G., gendarme, âgé de 40 ans, porte depuis l'âge de 9 ans, au moins, une tumeur probablement congéniale, située en avant de la région fessière gauche, au milieu d'une ligne abaissée perpendiculairement de la crête iliaque sur le grand trochanter. Longtemps d'un volume stationnaire, elle a pris, il y a deux ans, un développement beaucoup plus considérable. La poignée du sabre et le ceinturon appuyaient constamment sur la tumeur). Le 13 mars 1851, G. entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, service de M. H. Larrey. A cette époque, la tumeur du volume du poing, assez régulièrement arrondie; ferme et résistante à la pression, mobile à sa base, est recouverte par une peau légèrement amincie. La pression cause un peu de douleur. Depuis quelques mois, élancements peu marqués dans la tumeur. Pas d'engorgement ganglionnaire de l'aîne. M. Larrey diagnostique une tumeur fibro-plastique, et en pratique l'ablation; l'opération fut facile; des vaisseaux développés dans le tissu cellulaire sous-jacent donnèrent lieu à un peu d'écoulement sanguin, ce qui nécessita la ligature de plusieurs artérioles. La tumeur enlevée, est inégale à sa surface, forme, un peu élastique, d'une couleur jaune claire, un peu luisante à la coupe, formée par un tissu compacte non décomposable en lobules comme la graisse. Par le râclage d'une coupe de la tumeur, on enlève une substance liquide jaunâtre mêlée de petits grumeaux de même couleur et sans aucune analogie avec le suc cancéreux, la tumeur examinée par M. Lebert au microscope n'a présenté que du tissu fibro-plastique sans éléments graisseux.

27. M. Follin présente une *main bot palmaire*, dont il donne la description suivante. L'homme qui offrait ce vice de conformation était âgé de 40 ans environ, et avait, sans nul doute, succombé à une affection cérébrale; car, à la base du crâne, du côté droit, existait une couche pseudo-membraneuse jaunâtre. La face du côté droit était traversée par plusieurs incisions qui faisaient voir une infiltration purulente des tissus.

L'aspect général du cadavre était celui d'un homme de haute stature; mais ce qui frappait tout d'abord les regards, c'était un inégal développement des membres du côté droit et du côté gauche. Cette

atrophie si évidente s'accompagnait d'une déformation de la main et du pied droits; au membre supérieur, l'exiguité de volume est si prononcée qu'on peut rapporter cette affection aux premières années de la vie. Voici d'ailleurs la disposition des parties : le bras jouit de toute sa mobilité dans l'articulation de l'épaule; mais l'avant-bras est fléchi sur le bras et ne peut s'étendre au delà d'un certain point. L'angle de flexion mesure à peu près 115 degrés. Si l'on cherche à dépasser cet angle, on sent, au pli du coude, une corde tendue, résistante, formée, sans aucun doute, par le muscle biceps et son tendon.

A l'extrémité inférieure d'un avant-bras amaigri, bien moins volumineux que celui du côté opposé, pend une main également atrophiée. Cette main est fléchie sur l'avant-bras, et en l'étendant, on ne peut guère aller au-delà de l'angle droit. Par ce mouvement forcé d'extension, on fait apparaître, à la face palmaire du poignet, des cordes tendineuses, comme à l'avant-bras. Cette flexion de l'avant-bras sur le bras et de la main sur le poignet est compliquée d'un mouvement de pronation de l'avant-bras et d'une légère inclinaison de la main sur son bord cubital. Il y a là quelque chose d'analogue au pied bot varus équien.

Mesures comparatives des 2 membres.

De l'acromion à l'épicondyle, membre droit.	26	centim.
gauche.	32	—
De l'épicondyle à l'apophyse styloïde du cubitus, membre droit.	22	—
gauche.	26 1/2	—
De l'épitrachée au pli palmaire du poignet, membre droit.	24	—
gauche.	28	—

La peau du membre supérieur est saine dans toute son étendue; dans le tissu cellulaire sous-cutané, on ne trouve aucune bourse muqueuse nouvelle. L'aponévrose anti-brachiale n'est point rétractée; seulement la languette fibreuse, qui lui vient du muscle biceps, est dans un état de tension en rapport avec celui du muscle. L'aponévrose palmaire n'est pas non plus rétractée d'une façon bien sensible; mais ses faisceaux se redressent légèrement, quand on veut étendre

fortement la main sur l'avant-bras. Les masses musculaires du bras et de l'avant-bras n'ont subi aucune transformation fibreuse ou graisseuse.

Le biceps et le brachial antérieur sont très manifestement raccourcis et c'est leur rétraction qui maintient l'avant-bras fléchi; car, après la section, le membre reprend à peu près sa rectitude normale.

A l'avant-bras, la rétraction porte principalement sur les muscles grand palmaire, fléchisseur superficiel et profond. Quand on étend la main, ces muscles sont très tendus, et leurs tendons sont maintenus en place par le ligament antérieur du carpe. Ces masses musculaires sont de 3 centim. plus courtes que celles du côté sain. Le petit palmaire est à peine rétracté; aussi l'aponévrose palmaire est-elle intacte.

La section du tendon du petit palmaire ne produit aucune extension de la main. Celle du grand palmaire n'en amène qu'une très légère. Mais si l'on vient à couper les tendons du muscle fléchisseur superficiel des doigts, elle devient plus grande et l'on voit entre les parties coupées, un écartement de 2 centim. Cet écartement augmente par la section du fléchisseur profond; mais l'extension de la main sur l'avant-bras n'est pas complète; deux cordes résistent encore, ce sont le muscle cubital et l'extenseur propre du petit doigt, qui, dans la position du membre, a été reporté en avant de l'axe de la main et agit comme fléchisseur, au lieu de produire l'extension. Les muscles court extenseur et long abducteur du pouce ont aussi subi un déplacement qui leur donne une action comme fléchisseurs. Tel est l'état anatomique des muscles qui ont pris part à la production de la main bot.

Quant aux autres muscles de la région dorsale de l'avant-bras et de la main, ils sont allongés d'une façon très notable; cet allongement est proportionnel à la rétraction des muscles antérieurs.

Les os examinés dans leurs corps et dans leurs surfaces articulaires n'ont montré rien autre qu'une atrophie très manifeste. Les surfaces articulaires ne sont pas déformées,

Sur le même sujet et du même côté, existait un *piéd bot* équin très prononcé.

Ce membre est plus court de 3 à 4 centim. que celui du côté opposé; les muscles sont dans leur état normal, sans aucune transformation fibreuse ou graisseuse. Le tendon d'Achille et l'aponévrose plantaire sont rétractés. Les orteils sont écartés; une bourse muqueuse accidentelle existe au niveau de la tête d'un des métatarsiens. La plante du pied était doublée par une grande quantité de graisse ferme et dure.

M. Follin fait remarquer qu'il ne connaît dans la science que deux exemples de main bot; l'un que nous devons à M. Cruveilhier, l'autre à M. Smith.

M. Houel. Il existe dans le musée Dupuytren, une pièce semblable à celle que vient de montrer M. Follin.

28. M. Rombeau montre deux pièces:

Des tubercules des testicules, de la vésicule séminale et d'un rein. Ces pièces proviennent d'un enfant de 18 mois, mort de pneumonie à l'hôpital des Enfants malades. Le testicule à peine bosselé, contient de nombreuses masses jaunâtres un peu ramollies, offrant les caractères du tubercule; dans la vésicule séminale existe la même production morbide; l'extrémité libre d'une des papilles rénales, contenait également du tubercule ramolli.

2. *Une extrophie de la vessie.* Un enfant âgé de 4 ans entre le 30 décembre 1851, à l'hôpital des Enfants malades (salle S-Côme no 24) il était atteint d'une extrophie de la vessie. Il succomba le 14 mars à une pneumonie lobulaire. Les organes génitaux externes sont peu développés; les deux testicules moins gros que dans l'état normal sont situés dans le scrotum, la verge est représentée par une rigole ouverte en haut, d'une longueur d'un centimètre, arrondie à son extrémité. Le prépuce n'existe que dans sa moitié inférieure, représenté par un demi capuchon et ne couvrant la verge à laquelle il est fixé par un frein, que dans sa moitié inférieure. La gouttière incomplète qui constitue l'urètre présente en avant une sorte d'élargissement, la fosse naviculaire; plus haut une lacune, puis enfin le verumontanum, sur les deux côtés duquel s'ouvrent les canaux éja-

culateurs. Un espace d'environ deux centimètres existe entre les deux pubis, la distance intermédiaire aux deux ischions est comme dans l'état normal. Le périnée plus large que d'habitude; l'anus sans difformité. Au dessous de la verge se trouvait une saillie rougeâtre, plus large transversalement que dans le sens vertical, située un peu au dessus des pubis et dans l'espace qui leur est intermédiaire. La tumeur rouge saillante, constituée par la face antérieure de la paroi postérieure de la vessie, devenait plus colorée lorsque le malade se livrait pendant la vie à quelques efforts; par la pression on parvenait à la déprimer mais jamais à la réduire. Les fongosités étaient mouillées par de l'urine. A la partie inférieure de la tumeur apparaissaient deux petits orifices distants d'environ 4 à 5 lignes, le gauche un peu plus élevé que le droit, ne donnant lieu à aucun suintement de sang, mais projetant un petit filet d'urine. La masse des fongosités est située à 15 millimètres au dessous de l'ombilic. La face postérieure de la vessie tapissée par le péritoine, est séparée du rectum par un espace contenant une anse intestinale. Les uretères très flexueux, repliés sur eux-mêmes remplissaient en grande partie les fosses iliaques de chaque côté, leur volume égale au moins celui du duodénum; en s'approchant de la vessie, les uretères se rétrécissent, pour s'ouvrir à la partie inférieure du corps vésical, entre les pubis; leurs parois sont épaisses, les fibres musculaires plus marquées que dans l'état normal. Les calices, les bassinets sont un peu dilatés, la surface des reins légèrement bosselée. Les vésicules séminales paraissent manquer, à moins qu'on ne reconnaisse ces organes dans des renflements placés sur le trajet des canaux déférents au moment où ils pénètrent dans la vessie, ces renflements existent en dehors des canaux déférents et en dedans des uretères. La prostate manque. L'ouraque n'existe pas. La veine ombilicale est plus longue qu'à l'état normal; elle va se perdre insensiblement en se bifurquant dans l'épaisseur des muscles droits. Ce fait, dit M. Rombeau est surtout remarquable par la position de l'orifice de l'urètre, au dessus des fongosités, et par les flexuosités et des uretères.

30. M. Barth présente une dilatation de l'aorte sur laquelle proéminent plusieurs anévrysmes faux.

Une femme de 73 ans est entrée il y a un an à l'infirmerie de la Salpêtrière éprouvant de la dyspnée ; elle rejetait des crachats muqueux abondants. Au niveau du 2^e et 3^e espace intercostal gauche, on observait des pulsations sensibles à la main. Les bruits du cœur étaient entendus avec leur intensité et leurs caractères normaux ; l'oreille, à mesure qu'elle s'éloignait de cet organe, en se dirigeant vers la tumeur, percevait une diminution graduelle des bruits normaux ; puis, à une certaine distance, d'autres bruits morbides avec souffle, ayant leur point maximum d'intensité là où la main percevait ces pulsations. La malade succomba le 20 mars. A l'autopsie on trouva une dilatation au niveau de la crosse, dilatation du volume d'une grosse pomme, dirigée un peu en arrière et séparée de la partie antérieure de la cage thoracique par une lame du poumon. Sur la dilatation anévrysmatique de l'aorte existaient d'autres anévrysmes faux du volume d'un pois contenant de petits caillots durs de fibrine tandis que l'artère dilatée n'en renfermait pas. La tunique moyenne manquait au niveau des anévrysmes faux ; au contraire, elle formait des brides épaisses et fermes là où les tuniques étaient intactes.

M. Houel. Le musée Dupuytren possède une pièce anatomique donnée par M. Lenoir. On y voit l'aorte anévrysmatique dans une grande étendue, couverte de petits anévrysmes sacciformes, distendus par des caillots.

31. Des dilatations des bronches trouvées sur le cadavre de la même femme. Le tissu pulmonaire gris ardoisé, criant sous le scalpel, entourait une cavité du volume d'une aveline, tapissée par une membrane mince, se continuant immédiatement avec les bronches dilatées dans plusieurs endroits. La face interne de la principale dilatation contenait une pseudo-membrane mince.

32. Un ulcère de l'estomac appartenant au même sujet. Cette malade accusait des douleurs dans l'hypochondre gauche. Immédiatement au dessous du grand cul-de-sac de l'estomac existait un ulcère de la largeur d'une pièce de cinq francs bouché par le pancréas. Les bords de cet ulcère étaient durs, saillants, un peu fongueux par places et pouvaient être regardés comme du cancer. Il existe probablement ici un ulcère chronique de l'estomac sur les bords duquel s'est déposé du tissu cancéreux.

M. Leudet. Le fait indiqué par M. Barth m'invite à communiquer un cas de la même espèce que je n'ai pu présenter à la Société. Un vieillard a succombé dernièrement avec tous les symptômes d'un cancer de l'estomac et d'une péritonite, dans le service de M. Gendrin à la Pitié : à l'autopsie : j'ai trouvé un vaste ulcère cancéreux de la grande courbure, bouché en partie par la rate et le pancréas : la rate n'était pas été envahie par le cancer, mais son tissu graduellement détruit et comme macéré avait permis l'établissement d'un trajet fistuleux et la production d'une péritonite.

33. Un *utérus dont le col est bouché par un amas de mucus*, dans la cavité on rencontrait plusieurs petits amas de mucus avec des paillettes de cholestérine.

34. Une *voûte cranienné et des côtes offrant un amincissement considérable*. La voûte du crâne est réduite par places à une couche mince de substance compacte, translucide. Les côtes sont beaucoup moins épaisses que dans l'état normal et se laissent couper avec des ciseaux. Ces os ont été trouvés sur le cadavre d'une femme de 75 ans morte à la Salpêtrière d'une apoplexie de la protubérance.

35. M. Broca met sous les yeux de la Société un *névrome du nerf tibial postérieur*. Une tumeur du volume d'une amande, ellipsoïde, existe sur le trajet du nerf ; sa couleur est blanchâtre, sa consistance ferme ; elle est facile à énucléer. Sa structure est fibro-plastique ; on ne trouve à l'examen microscopique que des cellules et des noyaux sans éléments fibroïdes, aucun tube nerveux n'est contenu dans son épaisseur. La poche enveloppante contient beaucoup de tissu cellulaire et on n'y trouve un certain nombre de tubercules nerveux.

M. Houel montre 2 pièces.

36. Une articulation scapulo-humérale présentant les lésions de l'*arthrite sèche*. Cette pièce appartient au musée Dupuytren, et a été décrite par M. Lacroix sous le nom d'altération sénile. La tête de l'humérus est déformée, irrégulière. La cavité cotyloïde est presque normale. Deux petits corps osseux existent, un supérieur faisant une légère saillie dans l'articulation, l'autre antérieur complètement extérieur.

37. Un fœtus atteint d'un *spina bifida* avec une éventration. Les deux membres inférieurs sont fortement portés en dehors, la pointe des pieds tournée en haut et en dehors, le talon en dedans. Au niveau de la région sacrée, existe un *spina bifida*; la poche du volume d'une pomme est en communication au moyen d'un trajet étroit avec le canal rachidien; d'autres ouvertures se terminent en cul-de-sac, mais n'atteignent pas la cavité du rachis. Le *spina bifida* existe sur un des côtés du rachis. La colonne vertébrale est incurvée latéralement: le sacrum, fortement porté en avant, décrit autour de sa base un arc de 45°. La cavité pelvienne est considérablement diminuée d'étendue. Une éventration existe à la partie antérieure de l'abdomen, coiffée des enveloppes du cordon et se portant surtout à droite, à travers le muscle droit; de ce côté, on trouve un arrêt de développement dans les muscles; du côté opposé ils sont tous parfaitement reconnaissables. L'éventration contenait le foie, l'estomac et une partie de l'intestin grêle. A la partie inférieure de cette masse, on distingue une surface libre à laquelle aboutissent deux orifices donnant écoulement à du méconium. L'un d'eux conduit à l'intestin grêle, l'autre au gros intestin très court, mais reconnaissable à sa structure.

Après avoir déchiré le péritoine, on trouve les deux reins situés l'un et l'autre dans la concavité du rachis. Les deux uretères s'ouvrent dans la partie que j'ai signalée comme l'aboutissant des deux portions du tube digestif; cette poche me semble être la vessie renversée au dehors. Au dessous de l'éventration existe un petit corps que je crois être la verge et qui paraît pourvu de deux corps caverneux; la dissection ultérieure pourra élucider cette question.

Plus bas, un orifice conduit à un cul de sac; est-ce le vagin ou l'anus? Je penche pour cette dernière opinion. Dans les deux régions inguinales s'observent deux petits corps ronds surmontés d'un bord frangé, ce sont sans doute les testicules. Je trouve donc des preuves suffisantes pour reconnaître le sexe masculin. La lèvre supérieure présentait, à sa partie moyenne, une division incomplète avec un petit lobule.

M. Broca. Chez ce fœtus les deux os pubis sont séparés, si leur

écartement avait été plus considérable, les deux ischiors auraient pu soulever la peau et simuler des fesses, comme nous l'avons vu l'an dernier sur un fœtus présenté par M. Houel. J'insiste ici sur le changement dans l'axe du sacrum; il n'y a pas pour ainsi dire de cavité pelvienne, ce qui a été une des causes de l'éventration. La déviation des os iliaques explique la rotation des pieds en dehors; de plus, dans ces cas, les muscles changent de mode d'action, ainsi, sur la pièce que nous avons vue l'an dernier, il n'existait plus un muscle rotateur en dedans, tous étaient devenus rotateurs en dehors.

38. M. Broca présente un exemple remarquable de cicatrisation des cartilages articulaires.

La pièce a été trouvée dans les pavillons de la Faculté, sur le cadavre d'un homme adulte.

L'articulation du coude droit ne présentait aucune déformation extérieure appréciable; cette articulation fut disséquée pour une démonstration anatomique; et on continua à croire qu'elle était normale, jusqu'au moment où on l'ouvrit pour montrer les surfaces articulaires. On aperçut alors, sur la face antérieure de l'olécrâne, les traces d'une ancienne fracture qui paraissait parfaitement consolidée. Le fragment supérieur en effet ne pouvait exécuter aucun mouvement sur le fragment inférieur, et la coaptation était si parfaite que la forme de la cavité sigmoïde n'était pas sensiblement altérée.

La pièce ayant été disséquée et sciée, voici ce qu'on constate aujourd'hui : le trait de la fracture, légèrement sinueux, est oblique de haut en bas et d'avant en arrière. En arrière, il aboutit à une ligne transversale située sur le milieu de la longueur de l'olécrâne et non à la base de cette apophyse, comme cela a lieu le plus souvent. En avant, il arrive à la surface cartilagineuse, suivant une autre ligne transversale située plus haut que la précédente, à 8 millim. seulement du bord supérieur du cartilage diarthrodial.

Les deux fragments n'ont subi qu'un déplacement très léger, qui consiste en un écartement de 3 millim. en avant, de 4 millim. seulement en arrière. Cette absence presque complète de déplacement doit être attribuée au siège élevé de la fracture, et à la conservation

de la couche épaisse de tissu fibreux qui reçoit les dernières fibres tendineuses du triceps brachial.

Un trait de scie longitudinal montre que le cal est fibreux dans toute son étendue; mais les fibres sont tellement courtes, tellement serrées, surtout en arrière, qu'on ne peut imprimer aux deux fragments qu'un balancement fort obscur. Il est certain que, malgré l'absence de cal osseux, les fonctions de l'articulation du coude étaient intégralement conservées.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette pièce, c'est l'existence d'une membrane de cicatrice qui unit les bords du cartilage diarthrodial fracturé.

Cette membrane présente deux bords et deux faces. Ses deux bords s'insèrent sur le bord correspondant du cartilage de chaque fragment. Sa face antérieure, parfaitement lisse, est placée sur le même niveau que le reste de la surface articulaire; sa face profonde se continue sans interruption avec la substance du cal fibreux.

Cette membrane est large de 4 millim.; elle est constituée par une substance solide, résistante comme du cartilage, mais bien distincte du tissu cartilagineux, par l'absence de toute teinte laiteuse.

A l'œil nu, on est déjà conduit à considérer cette substance comme fibreuse, malgré la densité extrême de son tissu qui n'offre la disposition fibrillaire que d'une manière très confuse. Mais l'examen microscopique a levé à cet égard tous les doutes.

M. Broca a placé sous le microscope une tranche très mince pratiquée parallèlement à la direction du trait de scie. Cette tranche portait à la fois sur le cartilage de chaque fragment et sur la substance intermédiaire.

Le tissu de cicatrice est exclusivement constitué par des fibres de tissu fibreux; on n'y aperçoit aucun élément de cartilage, contrairement à l'assertion de Hunter qui pensait qu'il y avait, dans la réunion des cartilages divisés, régénération véritable du tissu cartilagineux.

La même préparation a permis de voir de quelle manière se fait l'implantation de la membrane de cicatrice sur les bords du cartilage fracturé. A un millim. en dehors de la fracture, le tissu du cartilage

est parfaitement normal; on n'y aperçoit que les cavités cartilagineuses caractéristiques, creusées au sein de la gangue amorphe; mais, en faisant couir sous le microscope la plaque qui supporte la préparation, on aperçoit bientôt des changements de structure qui se montrent à mesure qu'on se rapproche de la membrane de cicatrice. On voit alors des fibres de tissu fibreux paraître dans l'épaisseur de la gangue cartilagineuse, dans les intervalles qui séparent les cavités des unes des autres. Ces fibres, devenant de plus en plus nombreuses, finissent par se continuer sans interruption avec celles de la cicatrice. De sorte que, entre le cartilage pur et le tissu fibreux sans mélange, il y a, de chaque côté, un liseré fort étroit dans lequel il y a à la fois des éléments cartilagineux et des fibres intimement combinés.

En rapprochant ce fait, continue M. Broca, de celui que M. Mondières nous a montré l'année dernière, on arrive à reconnaître que les plaies des cartilages peuvent se cicatriser.—Si Doërmier n'a pu obtenir, dans ses vivisections, la réunion des plaies des cartilages, c'est parce qu'il n'a pas laissé vivre assez longtemps les animaux soumis à ses expériences. De ce que la cicatrisation n'était pas obtenue au bout d'un mois, il n'en résulte pas qu'elle ne se fût pas produite plus tard. Je crains bien que l'opinion généralement répandue, sur ce point de physiologie pathologique, ne se soit introduite dans la science sans preuve démonstrative. Je ne connais qu'une seule observation dans laquelle l'articulation ait été examinée longtemps après l'accident; c'est l'observation publiée par M. Cruveilhier dans son mémoire sur les cartilages (*Voy. Archives gén.*; 1^{re} sér. t. iv); mais je dois dire que j'envisage ce cas sous un autre point de vue que notre honorable président. — Dix ans après une chute sur le grand trochanter, on trouva dans l'articulation de la hanche de nombreux fragments libres de cartilages. Le tissu osseux de la tête du fémur, privé de sa couche cartilagineuse, était dénudé dans une étendue assez considérable, et, sur les bords de cette dénudation, le cartilage se terminait d'une manière si brusque qu'on aurait dit que la fracture venait d'avoir lieu. Or, d'après ce que nous savons aujourd'hui, ces lésions s'expliquent très bien, en admettant qu'il y ait eu seulement arthrite

sèche; cette affection, en effet, qui peut très bien être la conséquence d'une cause traumatique, dépouille, à la longue, les surfaces osseuses de leurs cartilages; et ceux-ci, détachés par fragments irréguliers, peuvent tomber dans la jointure, comme si une fracture comminutive les avait atteints.

Enfin, on peut se demander pourquoi la fracture de l'olécrâne ne s'est pas consolidée par un cal osseux. — Il n'y avait, en effet, là ni écartement, ni grande mobilité; il n'y a autour de l'article aucune trace de suppuration; les causes ordinaires de non consolidation manquent donc complètement; je me demande si, contrairement à l'opinion aujourd'hui générale, le contact de la synovie n'exercerait pas une influence fâcheuse sur la formation du cal.

M. Deville. Je crois d'autant plus volontiers que, dans l'observation précédente de M. Cruveilhier, les corps étrangers cartilagineux ne provenaient pas d'une fracture, que j'ai vu une fois, dans un cas d'arthrite sèche, un fragment de cartilage diarthrodial, large comme une pièce de 1 franc et complètement détaché. La surface articulaire présentait une perte de substance dont les bords étaient fort nets, et dont les dimensions, en tous sens, étaient rigoureusement égales à celles du corps étranger cartilagineux.

M. Broca. J'ai remis à M. Honel, en 1849, une pièce anatomique, destinée à être placée dans le musée Dupuytren sous le nom de *nécrose des cartilages*. C'était une articulation du coude. Un petit séquestre, de forme quadrilatère, long et large de 4 millim., épais de 2, était complètement détaché de l'extrémité inférieure de la trochlée humérale. — Il était encore contenu dans une cavité à bords taillés à pic qu'il remplissait complètement. Le fond de cette cavité n'aboutissait pas jusqu'à l'os; il y avait une partie de l'épaisseur du cartilage qui avait été respectée. J'examinai au microscope la substance du séquestre cartilagineux, j'y trouvai du tissu fibreux et d'énormes cavités de cartilage, pleines de noyaux, de granules et de graisse. La couche qui constituait le fond de la cavité ne contenait que des éléments de cartilage; mais, sur les bords de la cavité, il y avait de plus un peu de tissu fibreux.

M. Lebert. Je reviens sur ce qui a été dit tout à l'heure de l'in-

fluence fâcheuse de la synovie, sur la réunion des parties divisées; c'est à cause de cette influence, sans doute, que certains chirurgiens ont défendu de pratiquer la ténotomie, au niveau des gaines synoviales tendineuses.

M. Deville. L'expérience a démontré que ce précepte était erroné. Lorsqu'on coupe un tendon au niveau de sa gaine synoviale, la réunion s'opère très bien, avec ou sans oblitération de la cavité de cette gaine.

M. Houel ajoute que Blandin, dans ses cours de médecine opératoire, considérait comme favorable à la réunion et à la conservation des fonctions du muscle, la section du tendon pratiquée au niveau des gaines synoviales.

39. M. Broca présente ensuite des lésions de l'appareil urinaire trouvées sur le cadavre d'un fœtus à terme, qui n'a pas respiré.

À la place des reins, on trouve des poches pleines de liquide. La poche qui représente le rein gauche est piriforme, uniloculaire, sans bosselure; elle se continue sans interruption avec la cavité de l'uretère; en comprimant avec force, on a pu affaisser cette poche et faire passer le liquide dans la vessie; en insufflant par l'uretère, on a pu distendre de nouveau cette cavité aplatie.

À droite, la poche est trois fois plus grosse, et présente à peu près la forme et le volume d'un œuf de dinde, dont le petit bout serait dirigé en haut. Cette poche pleine de liquide est mamelonnée et multiloculaire; elle ne s'est pas vidée par la pression; deux ponctions, en vidant deux cavités secondaires, ont montré que toutes ces loges étaient indépendantes les unes des autres. Le liquide qui s'est écoulé était transparent; la surface interne des deux loges ouvertes est parfaitement lisse. Leur paroi est purement membraneuse, sans trace du parenchyme rénal. On peut évaluer à une douzaine environ le nombre total des loges secondaires.

Mais voici le point le plus important: du côté gauche, comme on l'a vu, l'uretère aboutit directement au rein, et on a peine à comprendre par quel mécanisme le rein correspondant s'est dilaté en forme de poche. Du côté droit, il en est tout autrement. En poussant, de bas en haut, une injection d'air dans l'uretère, on voit que

ce conduit, parfaitement cylindrique, s'arrête en un cul de sac brusque, sans rétrécissement graduel, à deux centim. au dessous du bord inférieur du rein. Entre ce point et le hile du rein, on cherche en vain, dans le tissu cellulaire lamelleux et transparent, un cordon fibreux, résultant d'une oblitération de l'uretère; on n'en trouve aucune trace, et il est évident par là que cette portion de l'uretère n'a jamais existé.

Il y a donc dans l'appareil urinaire droit deux segments distincts, l'un correspondant au rein, l'autre à la vessie et à la partie inférieure de l'uretère; dès lors il est clair que ces deux segments se sont développés indépendamment l'un de l'autre; ce fait qui renverse à la fois la théorie de formation centripète et celle de la formation centrifuge, s'accorde très bien avec les recherches microscopiques qui montrent que tous les organes se développent sur place, indépendamment de leurs voisins.

M. Deville. Ce fait ne prouve rien contre les théories, car il est pathologique et ne saurait servir à éclairer l'organisation normale. Du reste je ne pense pas que le rein soit un organe primitif, je crois qu'il se développe aux dépens du corps de Wolf.

M. Broca. L'état pathologique a été ici la conséquence forcée de l'imperfection du développement. Le rein droit privé de bassin et de conduit excréteur, a dû inévitablement se dilater en kystes multiloculaires. Du côté gauche au contraire, je pense qu'il y a eu formation régulière de l'uretère et du bassin, et absence de formation de la substance du rein. Quand à l'assertion de M. Deville sur l'origine du rein, je ne saurais l'admettre. Le corps de Wolf, dont on retrouve des traces dans le ligament large de la femme à toutes les époques de la vie, est bien plus lié à l'appareil génital qu'à l'appareil urinaire. De plus, dans mes recherches sur le développement du poulet j'ai pu m'assurer qu'il y a une époque où le corps de Wolf et le rein existent simultanément, parfaitement distincts l'un de l'autre.

M. Broca présente enfin deux *pieds bots équins légèrement varus* trouvés sur le cadavre d'un homme adulte, livré aux dissections. La base de sustentation, fournie par le bord externe du pied est indiquée

par une grosse callosité et une large bourse muqueuse. *Tous les muscles sont sains, à l'exception des deux péroniers latéraux de chaque côté, qui sont un peu plus pâles que les autres et qui sont même parsemés par places de quelques tractus graisseux.* Ce sujet présente de plus une déviation très prononcée des genoux qui offrent un angle ouvert en dehors; la face articulaire supérieure du tibia est manifestement oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Du reste les os ne sont nullement courbés.

Tout en admettant la possibilité d'une simple coïncidence entre ces deux lésions, M. Broca n'est pas éloigné de croire que la déviation des genoux a pu être la cause des pieds bots. Voici de quelle manière il comprendrait ce phénomène. La jambe étant oblique en bas et en dehors, le pied avait une tendance continuelle à subir un mouvement de rotation en dehors, comme dans le valgus. Les muscles éleveurs du bord interne du pied, ont dû se contracter énergiquement pour lutter contre cette tendance. Il y avait donc deux éléments opposés, la pesanteur et l'action musculaire qui agissaient en sens inverse sur le pied. On conçoit que, dans divers cas donnés, ces deux puissances se fassent équilibre; on conçoit aussi que l'un ou l'autre puisse l'emporter: Si c'est la pesanteur, il se produira un valgus; si c'est l'action musculaire, un varus en sera la conséquence. Il serait possible que tel eût été le mécanisme de la déformation dans le cas actuel.

Ont été nommés pendant le premier trimestre de 1851.

Membres titulaires :

MM. BLONDEAU. — DENUÉ.

Membres adjoints :

MM. ARCHAMBAULT. — LOUIS BLIN. — DUFOUR. — ROMBEAU.

Membres correspondants :

MM. AGNELI (Alger). — BAUMGARTEN.

M. Desternes a été rayé de la liste des membres pour cause d'immoralité scientifique. La Société a décidé que la radiation de M. Desternes, avec la cause de l'exclusion, serait insérée au Bulletin. — (14 mars 1851).

Dans sa séance du 16 janvier 1851, M. Battemberg a été rayé du nombre des *membres adjoints* pour n'avoir pas acquitté ses frais de réception. (Insertion décidée à l'unanimité.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 4. Avril 1851.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE

- A. *Extrait des procès-verbaux.* 1. Atrophie du rein. — 2. Calculs biliaires. — 3. Masse tuberculeuse développée dans la paroi thoracique. — 4. Kystes séreux du ligament large. — 5. Grossesse extra-utérine. — 6. Lésion des fosses nasales dans la syphilis. — 7. Cancer verdatre de la dure-mère, du crâne, du rein et de l'épididyme. — 8. Cysticerques dans l'arrière cavité des épiploons d'un lapin. — 9. Tubercules des reins. — 10. Tumeur du sinus maxillaire. — 11. Arthrite ancienne du poignet par plaie d'arme à feu. — 12. Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans les bronches. — 13. Albuminurie. — 14. Arthrite sèche. — 15. Corps étrangers libres de la cavité péritonéale; recherches sur leur nature et leur mode de formation. — 16. Ostéomyélite. — 17. Tumeurs synoviales péri-articulaires. — 18. Tumeur d'apparence fibreuse chez le cheval. Discussion. — 19. Absès métastatiques du poumon d'un cheval. — 20. Rupture de l'urètre. — 21. Plaques calcaires de l'aorte. — 22. Bourse muqueuse ischiatique. — 23. Varices du membre inférieur. — 24. Hydatides du fémur. — 25. Anomalie artérielle; tumeur fibro-plastique du cou. — 26. Kyste séreux du mésentère. — 27. Cancer de la vessie. — 28. Phthisie pulmonaire. — 29. Collection purulente du rein droit ouverte dans le colon ascendant. — 30. Adhérence à la paroi abdominale au niveau de la région ombilicale d'un paquet intestinal, de la partie supérieure de l'utérus et de la vessie. — 31. Calcul biliaire engagé dans l'extrémité duodénale du canal cholédoque. — 32. Absès extérieur à la vésicule biliaire communiquant avec le colon transverse. — 33. Kystes séreux du ligament large. — 34. Balle extraite 53 ans après sa pénétration dans les muscles.
- B. Diathèse syphilitique probable. — Carie des os du crâne, du tibia. — Curthose du foie. — Observation recueillie par M. Dufour.
- C. Rapport de M. Lebert sur l'observation précédente.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

Présidence de M. CRUVEILHIER.

M. Barth met sous les yeux de la Société 4 pièces.

1. Une *atrophie du rein* avec dépôt de substance ostéo-calcaire dans les bassinets et dans l'uretère et oblitération presque complète de l'artère rénale. Le rein du côté droit a à peine le volume d'une noix ; le tissu rénal est considérablement diminué d'épaisseur, mêlé de graisse et de petits kystes séreux. Les cavités de l'organe, bassinets, calices étaient oblitérés; leurs parois accolées et maintenues en contact par un dépôt ostéo-calcaire qui oblitérait également l'uretère dans presque toute son étendue. La principale branche de l'artère rénale était presque complètement obstruée par le dépôt calcaire, l'autre division était un peu plus perméable. Ne serait-ce pas, dit M. Barth, l'une des causes de l'atrophie du rein? Je rapprocherai de plus ce cas d'un autre dans lequel j'ai montré des dépôts ostéo-calcaires à la surface interne de la vésicule biliaire.

M. Deville, sans vouloir se prononcer sur la relation de causalité entre l'oblitération de l'artère et l'atrophie du rein, pense qu'il y a eu probablement dans ce cas une lésion antérieure de l'uretère.

M. Broca ne voit pas comment l'opinion émise par M. Barth pourrait être soutenue; quand même une des branches de l'artère rénale aurait été oblitérée, la circulation pourrait très bien se rétablir dans le rein au moyen des voies collatérales.

M. Barth. Il existe en anatomie pathologique la loi suivante, déduite de l'observation d'un grand nombre de faits. Quand un canal n'est plus parcouru par le liquide qui le traverse à l'état normal, il s'atrophie. Or, dans ce cas, ne peut-on pas admettre qu'un caillot formé dans le vaisseau artériel ait amené l'oblitération du vaisseau, consécutivement la suspension de la sécrétion et ultérieurement l'atrophie du rein et l'oblitération de l'uretère? Il y a quelques années j'ai fait, dans le service de M. Chomel, l'autopsie d'une femme atteinte de fistule vésico-vaginale, et chez laquelle les urines passaient

entièrement par le vagin; le col de la vessie était complètement oblitéré.

M. Broca. Dans le fait intéressant que vient de citer M. Barth la même cause qui avait déterminé la gangrène de la cloison vésico-vaginale était bien suffisante pour amener une inflammation adhésive des parois du col de la vessie.

2. *Des calculs contenus dans la vésicule biliaire*; plusieurs existent dans la cavité même, d'autres sont retenus dans le col, la pression ne peut leur faire franchir ce passage.

3. Une *masse tuberculeuse* de la largeur de la main, développée dans la paroi thoracique et ayant déterminé la solution de continuité d'une côte. Du même côté existait une vaste caverne tuberculeuse au sommet du poumon. Cette pièce a été trouvée à l'examen du cadavre d'une femme de 36 ans, morte le 17 mars à la Salpêtrière.

4. De *petits kystes séreux développés dans le ligament large* au dessous de la trompe, l'un d'eux est placé auprès de l'extrémité libre de ce canal.

5. M. Perdrigeon présente une *grossesse extra-utérine*. — Une femme âgée de 22 ans avait vu ses règles se supprimer depuis un an; depuis la même époque sa santé se détériora graduellement, le ventre se tuméfia de plus en plus. Elle entra à l'hôpital de la Charité (serv. de M. Velpeau). On trouvait à cette époque, une tumeur dans la région hypogastrique, tumeur que le toucher vaginal permettait de reconnaître en arrière de l'utérus; elle était médiocrement ferme et donnait, quand on la pressait, la sensation d'un frémissement occasionné par un corps contenu. La malade rendit plusieurs fois par le rectum une matière très fétide sanguinolente. Le déperissement s'accrut progressivement et la mort arriva. A l'autopsie, on trouva en arrière de l'utérus, une cavité limitée en avant par l'utérus, en haut par une lamelle adhérente de l'épiploon, en communication par une large ouverture avec le rectum; elle contenait une matière sanguinolente, épaisse, fétide, semblable à celle qui avait été rendue par le rectum, de plus, les os du squelette d'un

fœtus âgé d'environ six mois. Ces os, dont deux seulement manquaient, étaient brunâtres, dépoillés de toute partie molle. Malgré une dissection attentive, on n'a pu décider à quelle espèce de grossesse extra-utérine ce cas pouvait être rapporté ; les divers tissus étaient très altérés.

6. M. *Blin* fait voir les *fosses nasales d'un homme syphilitique*, mort de phthisie pulmonaire à l'hôpital du Midi (serv. de M. Ricord). La cloison, les cornets supérieurs et moyens sont détruits ; le nez est affaissé, son lobule dirigé un peu en haut, les bords de la perte de substance étaient parfaitement cicatrisés.

7. M. *Lebert* présente, au nom de M. Leflaive, un *cancer verdâtre de la dure-mère, du crâne, du rein et de l'épididyme*. Ces pièces proviennent d'un homme âgé de 20 ans, mort dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu. Depuis trois mois il était entré à l'hôpital pour une affection des voies génito-urinaires, qui amena une déperissement graduel ; jamais il n'avait accusé aucun symptôme vers le cerveau. Des plaques peu saillantes d'une couleur vert clair, existent sur la face interne du crâne sur le périoste ; la même production, mais plus abondante, recouvre la surface externe de la dure-mère ; dans un point, cette enveloppe est érodée et perforée : cette forme de cancer est une des plus rares. Un exemple en a été présenté à la Société par M. Durand Fardel (Bull. Vol. XI) ; un autre a été rapporté par Balfour, dans un journal d'Edimbourg (Archiv. génér. de méd. 2^e série, vol. VIII). Chez notre malade des tumeurs verdâtres un peu mamelonnées recouvraient par places la surface externe du rein ; on en rencontrait également dans l'épididyme. Ce tissu morbide fournissait à la coupe un suc verdâtre se mêlant intimement à l'eau et présentant les cellules cancéreuses avec les noyaux et les nucléoles, mais moins développées que dans les cancers ordinaires. J'ai voulu examiner les espèces diverses d'usure de la boîte crânienne pour les comparer avec celle que nous avons sous les yeux. M. Dufour nous a montré cette année un crâne atteint de carie syphilitique ; le tissu osseux y était érodé par places ; le second crâne que je présente offre une lésion toute différente, la surface ex-

terne de la lame compacte non détruite est déprimée par places, comme taillée en facettes lisses, ces dépressions avaient été produites par l'action continue de tumeurs glandulaires développées au dessous du cuir chevelu. Une autre perforation que je mets sous vos yeux, présente une perforation complète au niveau du trajet de l'artère ménagée moyenne; cette pièce m'a été donnée par M. Duplay; la perte de substance avait fait soupçonner qu'elle reconnaissait pour cause un anévrisme de l'artère ménagée moyenne; mais la dissection ne l'a pas démontré, la question doit donc rester indécise. Dans un crâne présenté par M. Bedell, une large perte de substance, avec destruction plus étendue de la table externe que de l'interne reconnaît pour cause l'asurt de dedans en dehors, occasionnée par une tumeur cancéreuse intra-cranienne. Enfin, plusieurs autres crânes nous montrent le développement de masses cancéreuses à la surface externe ou interne du crâne ou dans l'épaisseur du diploé. Je n'ai cité ici qu'un petit nombre des causes de perforation du crâne, elles sont en grand nombre; contrairement à l'opinion anciennement admise, nous pouvons dire que la surface de la dure-mère est un des points les plus rarement atteints par le cancer.

M. Deville rappelle qu'il a présenté à la Société un exemple de perforation du crâne, occasionnée par un kyste purulent sérieux.

3. M. Racle montre des *cysticerques* trouvés dans l'arrrière suivie des épiplions d'un lapin. Ce produit, fixé au péritoine par un pédicule fourni de vaisseaux, était constitué par une toile celluleuse à laquelle sont appendues de petites masses transparentes avec un point opaque contenant l'animal qu'on fait sortir par la pression.

Examinés par M. Broca au microscope, ces *cysticerques* ont présenté leurs caractères ordinaires.

g. M. Leudet présente des *tubercules des reins* trouvés à l'autopsie d'une femme morte de phthisie aiguë à l'hôpital de la Pitié (service de M. Gendrin). De petites masses miliaires, grisâtres par places, jaunâtres et un peu molles ailleurs, existent dans le tissu du rein, aussi bien dans l'enveloppe corticale que dans les pyramides. La membrane interne des voies urinaires était saine. Des tubercules

miliries existaient aussi dans le poumon; au sommet d'un de ces organes on rencontrait plusieurs tubercules crétaçés et une caverne ancienne.

10. M. Baumgärten montre une tumeur développée dans le sinus maxillaire et enlevée par M. Nélaton à l'hôpital S.-Louis, sur un homme de 21 ans. Les téguments n'offraient aucune altération, une ponction faite dans le sinus au moyen d'un trocart plongé dans une des alvéoles, ne donna issue à aucun liquide, on décida l'ablation de la tumeur, une incision transversale fut faite à partir de la commissure de la joue, les téguments relevés; la paroi osseuse antérieure du sinus était considérablement amincie et fut facilement coupée avec des ciseaux. La tumeur du volume d'un œuf s'insérait par une large base à la paroi postérieure du sinus, la paroi inférieure de l'orbite était perforée. La substance de la tumeur est d'un blanc jaunâtre, finement grumeleuse, s'énucleant aisément et ne fournissant pas de suc à la coupe.

11. M. Broca présente une arthrite ancienne de l'articulation du poignet ayant laissé à sa suite une flexion forcée de la main sur l'avant bras. Un homme entra dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu pour une affection médicale; on apprit qu'au siège d'Anvers il avait reçu au niveau de la partie antérieure de l'avant-bras un coup de feu. Cette blessure avait laissé à sa suite une flexion permanente de la main; celle-ci est retenue dans cette direction par une bride fibreuse épaisse et résistante s'étendant de la face antérieure et inférieure de l'avant-bras à la face palmaire de la main; les doigts sont maintenus fléchis par des adhérences fibreuses, leurs articulations n'offrent rien d'anormal. Dans l'épaisseur du muscle carré pronateur, on trouve un fragment de plomb irrégulier, enchevêtré dans les fibres musculaires, sans aucun kyste périphérique. L'extrémité inférieure du radius est volumineuse, elle présente les traces d'un ancien travail de névrose qui a sans doute entretenu longtemps l'existence d'un trajet fistuleux. Une coupe n'a montré dans cet os aucune trace de fracture. L'articulation du poignet était privée de ses mouvements d'extension, les os du carpe faisaient saillie en arrière et en bas au

devant du bord postérieur de l'extrémité articulaire du radius: le cartilage articulaire de cet os offre une rigole transversale complète sans lésion de l'os. Des franges existaient sur la synoviale de cette articulation.

Le nerf médian au niveau de l'articulation malade était augmenté de volume et offrait à l'examen microscopique du tissu fibreux et des tubes nerveux.

12. M. L. *Blin* présente un *anévrisme de la crosse de l'aorte ouvert dans les bronches*. Le malade qui était atteint de cette affection était placé à l'hôpital Cochin dans les salles de M. Nonat. De la matité avec un bruit de gargouillement perçus au sommet d'un des poumons firent croire à l'existence d'une caverne tuberculeuse. La mort survint brusquement avec des phénomènes d'asphyxie. On trouva à l'autopsie le sommet d'un des poumons recouvrant une poche anévrysmale du volume du poing développée au niveau de la crosse; cette poche contenait des caillots de fibrine épaisse; de nombreuses plaques ossiformes étaient situées à la face interne de l'aorte. L'anévrysmes était en communication avec les divisions bronchiques entourées par le parenchyme pulmonaire épaissi et induré à ce niveau.

13. M. *Leudet* montre des *reins albuminuriques*. Une femme d'une cinquantaine d'années, entre à l'hôpital de la Pitié, accusant une douleur opiniâtre dans le côté droit de la tête, simultanément une diminution marquée de la faculté visuelle remontant à 3 ans. Elle assurait n'avoir jamais eu d'œdème aux membres ou à la face. Jamais elle n'avait éprouvé de phénomènes convulsifs quelconques, d'élancements ou de sensations lumineuses dans les globes oculaires; les pupilles, ni contractées ni dilatées, avaient conservé leur contractilité. On soupçonna une affection cérébrale et l'on fit appliquer un séton à la nuque; un érysipèle de la face fut cause de la mort. A l'autopsie, on trouva le cerveau parfaitement sain, de même que les autres organes, excepté les reins; ceux-ci d'un volume moindre que dans l'état normal sont décolorés extérieurement, jaunâtres, un peu irréguliers, parsemés de petites arborisations et stries rougeâtres.

Intérieurement, la substance corticale avait augmenté considérablement d'épaisseur était jaunâtre et parsemée d'étoiles rouges; les pyramides peu atrophiées.

14. M. Armand Moreau met sous les yeux de la Société une articulation scapulo-humérale atteinte d'arthrite sèche. Un homme de 70 ans, était entré à l'Hôtel-Dieu (service de M. Roux) pour une chute sur l'épaule. En examinant la partie douloureuse, on constata l'existence d'une crépitation qui fit croire à une fracture de la cavité glénoïde, le malade mourut subitement. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva pas de fracture de la cavité glénoïde, mais uniquement un développement des franges synoviales, une usure des cartilages, des stalactites osseuses sur les extrémités articulaires, et un mot les lésions de l'arthrite sèche.

15. M. Deville montre des corps étrangers libres de la cavité péritonéale.

Il insiste sur leur nature et leur mode de formation. Voici la description qu'il en donne lui-même :

« Au moment où j'ouvrais à l'amphithéâtre de Clamart, le cadavre d'un homme de 30 à 35 ans, destiné à des dissections, mon attention a été attirée par deux cavités latérales, semblables à de larges entrées de sacs herniaires, existant l'une à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane, au niveau des canaux inguinaux; immédiatement en dehors des cordons fibreux des artères ombilicales. Ces cordons notablement saillants vers la cavité péritonéale, étaient un peu refoulés en dedans. Chacune des petites cavités qui en longeaient le côté externe, était sous forme d'un doigt de gant large à la base et étroite au sommet, descendant presque verticalement par en bas sous la portion de péritoine qui va de la paroi abdominale à la vessie, et venant se terminer en cul-de-sac tout contre les parties latérales du sommet de la vessie; cela formait deux espèces de sacs herniaires bizarres, à forme ovoïde, du collet ou base très large au cul-de-sac ou sommet formant le petit bout de l'ovoïde; (sacs herniaires sous péritonéaux)

c'est-à-dire refoulements péritonéaux glissant sous le péritoine même, sans passer à travers aucun des trous de la paroi abdominale.)

Dans chacune de ces cavités, l'une droite, l'autre gauche, se trouvaient deux corps étrangers pour chacun, que la pression la plus légère en faisait sortir immédiatement, et qui étaient, par conséquent, tout à fait libres d'adhérences.

J'ai recherché avec le plus grand soin les moindres lésions qui pouvaient exister dans la cavité péritonéale, et c'est le résultat de cet examen, ainsi que les conclusions auxquelles je suis arrivé que je viens soumettre à la Société anatomique. Et pour qu'il n'y ait aucun doute à élever sur la réalité des lésions, je présente en même temps les corps étrangers libres, et une grande partie du péritoine et des intestins enlevés de la cavité abdominale avec soin. Je comparerai ensuite ces corps étrangers avec deux autres corps étrangers péritonéaux qui appartiennent au Musée de Clamart et que j'ai apportés pour les soumettre aussi à l'examen des Membres de la Société.

Le cadavre du sexe masculin sur lequel j'ai trouvé ces lésions est d'une assez grande stature, bien proportionné, ayant un tronc large et bien développé, les membres un peu maigres, le ventre aplati, une forte barbe noire et une peau fine et blanche mais bien élastique et sèche, dessinant par le fait de la maigreur la forme des organes sous-jacents. Ce sujet arrivé à Clamart dans un parfait état de conservation avait été injecté au sulfite de soude, le lendemain de son arrivée, et était resté depuis constamment couché sur le dos; je ne l'ai examiné que 6 jours après; par conséquent dans les dix jours de la mort; il était parfaitement conservé. J'ai dû citer ces particularités qui pourraient laisser un peu de doute à quelques personnes sur l'origine de quelques-unes des lésions trouvées, origine sur laquelle j'aurai à m'expliquer tout à l'heure.

A. Tous les intestins sont bien à leur place, bien mobiles, libres de toute adhérence, et ne présentent rien de particulier dans leur forme générale.

B. Dans les points déclives de la cavité péritonéale, vers les fosses

iliaques, et dans la cavité pelvienne, existe un peu de sérosité sanguinolente, transparente, pure, ne contenant aucun corps en suspension même dans ses couches les plus inférieures que j'ai pompées avec un syphon. Toute cette sérosité limpide retirée, remplissait un petit bocal d'une contenance de 100 grammes d'eau environ. Était-ce bien de la sérosité sanguinolente? Oui, car le sulfite de soude qui transude dans la cavité péritonéale des cadavres, est d'un rouge plus brun, toujours louche; et d'ailleurs j'ai reconnu au microscope les globules de sang suspendus et bien caractérisés. Il serait plus difficile de décider si cette sérosité existait là pendant la vie, et si elle n'y serait pas venue par un effet cadavérique plus ou moins sollicité par l'injection de sulfite de soude.

C. Le péritoine est notablement altéré à peu près sur toute son étendue. Cette altération, comme on peut voir, consiste en une perte de transparence, un épaissement très marqué et accompagné d'une teinte blanche, une injection particulière et notable, des suffusions sous-séreuses et une disposition singulière du tissu cellulaire graisseux sous-péritonéal; ajoutons deux cavités kystiques singulières, sous le méso-colon descendant dont une laissée intacte est bien apparente sur la pièce que je présente.

1. La perte de transparence est à peu près générale. Sous ce point de vue, le péritoine ressemble à celui de certains hydropiques chez lesquels il paraît opaque, comme macéré. Cette opacité donne à la surface extérieure des intestins, un aspect mat singulier.

2 L'épaississement très marqué, avec teinte blanche, s'accompagne d'une augmentation dans la force de résistance qu'oppose le péritoine à la déchirure. Ces quatre caractères, perte de transparence, teinte blanche, épaissement, augmentation de consistance, se font remarquer par le contraste avec une petite portion de péritoine resté sain sur quelques points, en particulier le long du colon descendant. De chaque côté de cet intestin fortement revenu sur lui-même et jusqu'à une distance de deux à trois centimètres, le péritoine est transparent, mince, plus facile à déchirer; lorsque

L'intestin présentait de l'expansion par suite de la présence de matières fécales ou de gaz contenus, cette portion saine du péritoine, servait évidemment à revêtir l'intestin, en sorte qu'il y a entre ces deux faits une relation naturelle difficile à expliquer, mais incontestable. La limite entre la portion saine du péritoine et la portion altérée, à une distance de 2 à 3 centimètres du colon, est brusque, et se fait de haut en bas, suivant une ligne droite à peu de chose près parallèle à la longueur de l'intestin. Rien de pareil n'existe près de l'intestin grêle; le péritoine altéré passe du mésentère à l'intestin qui est un peu rétracté, en présentant toujours la même altération avec des variations nombreuses, dans son intensité, suivant le lieu qu'on examine.

3. Sur une foule de points, quoique non sur tous ceux où le péritoine présente les altérations précitées, on remarque une injection diffuse, plus ou moins caractérisée, mais assez singulière. Ces points injectés forment des plaques irrégulières, diffuses, les unes assez grandes, les autres plus petites, sans épaississement plus considérable du péritoine à leur niveau; ils sont constitués par un grand nombre de petits vaisseaux filiformes se croisant et s'anastomosant dans une foule de sens, ayant la plus grande analogie, à part leur teinte plus sombre, et leur direction qui n'est pas aussi entortillée, avec les vaisseaux de l'injection de l'arthrite sèche. De ces plaques injectées, les unes sont sur les replis péritonéaux, d'autres s'étendent jusque sur la surface extérieure des intestins. Par la macération, au bout d'une douzaine de jours, tous les petits vaisseaux ont disparu, mais la substance du péritoine a conservé une teinte d'un rouge briqueté dans tout le pourtour des points où ils étaient situés.

4. Ça et là, mais d'une manière exceptionnelle, le péritoine est soulevé dans l'étendue d'un centimètre ou un peu plus, sous forme de petites poches rosées, demi-transparentes et tremblotantes, par de véritables suffusions séro-sanguinolentes situées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On ne peut pas attribuer à un effet cadavérique la formation de ces petites suffusions si analogues à celles qu'on

trouve dans quelques cas d'arthrite sèche, car j'en présente un groupe de quatre placées à l'union de la paroi abdominale antérieure avec la paroi abdominale latérale, c'est-à-dire dans un point où cet effet aurait été impossible, le cadavre restant toujours couché sur le dos ; d'ailleurs il n'y a point de sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal des points déclives de l'abdomen, ni du bassin.

5. Sur beaucoup de sujets, la graisse renfermée dans les replis du péritoine tend à s'accumuler, quand elle n'est pas trop abondante, sous forme de petits grains distincts, plus ou moins ovoïdes, mais non saillants sur les faces des replis. Ici cette disposition existe en plusieurs endroits, mais avec cette différence que les grains graisseux plus volumineux que d'habitude soulèvent la lame péritonéale qui les recouvre et lui donnent un aspect papillaire très prononcé, ayant assez bien surtout ça et là sur le mésentère de l'intestin grêle, l'aspect d'une muqueuse linguale hérissée de fortes papilles.

6. Enfin, pour terminer cette description un peu longue de l'état du péritoine, signalons deux cavités kystiques situées sous le bord gauche du colon descendant à trois centimètres de distance l'une de l'autre. Ce sont deux petits culs-de-sac herniaires sous-péritonéaux, deux enfoncements hypocratériformes du péritoine, s'ouvrant dans la cavité péritonéale par un goulot rétréci, de moins d'un centimètre de diamètre, rond, bien ouvert, et glissant de gauche à droite derrière le colon, pour se terminer par un cul-de-sac lisse, arrondi et bien formé. De ces deux cavités dont je présente une intacte, celle-ci, la plus petite, pourrait contenir une petite noix. Affaîsées sur elles-mêmes au moment de l'examen, elles ne contenaient rien, ni liquides, ni solides. — Quelle est la nature de ces singulières cavités kystiques ? Quel rapport ont-elles avec la lésion que nous étudions ?

D. Le gros intestin présente de nombreux appendices graisseux, mous, aplatis, peu développés. Sur le milieu de la longueur du colon transverse, l'un de ces appendices, du volume d'une lentille, porté par un pédicule très étroit, présente une disposition

remarquable. Il est constitué par de la graisse revêtue d'un feuillet péritonéal. Mais sur la moitié à peu près de sa face antérieure, ce feuillet qui est partout un peu opaque, prend une consistance plus grande, plus d'épaisseur et une teinte blanche mate, ressemble complètement à l'enveloppe des corps étrangers libres dont nous allons parler. Ne semble-t-il pas à tout le monde que nous prenons ici la nature sur le fait, à l'origine de la formation des corps étrangers? La réponse me paraît devoir être affirmative, surtout si l'on s'appuie sur les particularités de structure de ces corps étrangers.

E. Les corps étrangers libres dans la cavité du péritoine ainsi altérés, sont au nombre de cinq : deux dans le cul-de-sac péritonéal de la région inguinale droite; deux dans le cul-de-sac correspondant du côté gauche; et un tout petit, du volume d'un grain de blé, que j'ai trouvé derrière le bord gauche du colon descendant, tout près de l'entrée des deux petites cavités kystiques décrites au § B.

Tous sont complètement libres, mais tous portent à l'extrémité de leur plus grand diamètre, la trace évidente d'un pédicule antérieur, marquée par une tache plus opaque, un peu rugueuse, bien manifeste. Sur l'un d'eux, il y a plus qu'une trace, il y a un petit pédicule bien distinct, étroit, long de deux millimètres.

Le volume des quatre corps les plus volumineux, le petit ressemblant à un petit grain de blé, est à peu près celui d'une forte amande. Deux sont assez régulièrement ovoïdes; deux sont plus irréguliers, plus contournés, et ressemblent un peu pour la forme à des marrons irréguliers.

Leur structure est fort simple et se voit très bien à l'œil nu. Une membrane d'enveloppe extérieure, blanche, opaque, très humectée de liquide, lisse et séreuse à l'extérieur, se continuant par sa face interne avec de minces cloisons qui divisent l'intérieur du corps en aréoles de un à deux millimètres de diamètre, constitue la partie la plus solide du corps libre. Elle ressemble tout à fait, sauf un peu

plus d'épaisseur, au péritoine altéré déjà décrit. Dans les aréoles, il existe de la graisse jaune bien reconnaissable.

Par la pression la plus légère, ou en râclant la surface de la coupe d'un de ces corps, on en exprime en quantité un suc blanc, laitieux, épais. Mis sous le microscope, ce suc est uniquement formé par un liquide tenant en suspension des gouttelettes grasses, gouttelettes qui ne sont pas des cellules à parois distinctes; en effet, si par l'agitation par un courant, ou par l'impulsion qu'on leur imprime avec la pointe d'une aiguille à cataracte, on en rapproche deux, elles se confondent aussitôt ensemble, pour former une gouttelette plus volumineuse. Il y a de ces gouttelettes de toutes les dimensions, depuis une granulation très petite, jusqu'à une tache qui occupe presque le tiers du champ du microscope. Si on passe le tranchant de l'aiguille à cataracte sur une de ces grandes gouttelettes, elle se divise immédiatement en deux, gouttelettes plus petites. Si on verse une goutte de ce suc blanc dans un peu d'eau, on voit la matière grasse qui surnage immédiatement comme de l'huile à la surface du liquide. Le suc graisse les instruments et les corps qu'il touche. Avec tous ces caractères réunis, il n'était pas nécessaire de faire des expériences chimiques pour déterminer la nature du contenu des aréoles des corps libres. Évidemment ce sont des matières grasses.

Une tranche mince du corps libre, examinée au microscope, montre, dans l'enveloppe et dans les cloisons, une structure fibroïde simple et caractérisée. Dans les aréoles, on aperçoit de très minces cloisons divisant la substance grasse contenue, sans aucune apparence de formations globulaires, en groupes polyédriques, presque tous de forme cubique irrégulière, juxtaposés les uns aux autres.

Conclusions.—Pour l'esprit le moins prévenu qui aura suivi tous les détails de la description qui précède, il est incontestable que nous assistons, pour ce cas au moins, à l'ensemble des phénomènes qui ont amené la formation des corps libres.

La lésion remarquable du péritoine est de tout point comparable à celle des synoviales dans l'arthrite sèche : vascularisation particulière, opacité, épaissement, pas de produits plastiques dans la

cavité, parcequ'ils restent dans l'épaisseur de la substance de la membrane ; il est difficile de trouver plus d'analogies.

Dans l'arthrite sèche, les corps étrangers se forment par épaississements, par dépôts plastiques, puis cartilagineux, puis osseux, soit dans la synoviale, soit dans ses franges. Pour le cas actuel, la formation des corps libres du péritoine se fait de la même façon, moins l'ossification ; et nous avons pris la nature sur le fait, dans le petit appendice graisseux placé sur le milieu de la longueur transverse ; c'est aussi un épaississement partiel de la membrane altérée, mais se faisant sur des appendices graisseux dont la membrane d'enveloppe devient plus ferme, plus opaque et plus blanche. L'appendice graisseux tient encore par son pédicule, et peut, pendant ce temps, prendre du développement et subir diverses transformations ; mais, à un moment donné, soit par le poids qu'il a acquis, soit par toute autre cause, il rompt son pédicule, devient libre et forme une cavité libre de la cavité péritonéale.

Le point du péritoine contre lequel ces corps devenus libres viennent presser, peut à la longue, surtout dans un point déclive, se déprimer en godet ; le corps étranger, par son poids ou par la pression des intestins qui le poussent, augmente la profondeur du godet ; et c'est ainsi que se sont formés les deux culs de sac placés en dehors des cordons fibreux des artères ombilicales, que nous avons signalés au commencement de cette observation. — L'origine des deux cavités kystiques placées sous le bord gauche du colon descendant, peut-elle être attribuée à un mécanisme analogue.

Ainsi, les corps étrangers du péritoine peuvent, au moins en certains cas, se former en vertu d'une lésion organique analogue à celles de l'arthrite sèche.

En est-il toujours ainsi ? Dire oui serait exagéré ; il est probable qu'il doit y avoir d'autres espèces de corps étrangers, ceux qui par exemple proviendraient d'un corps fibreux détaché de l'utérus. Mais je pense que le plus grand nombre doit être rapporté à la cause remarquable que nous venons d'analyser.

Voici deux pièces provenant de deux autres individus, déposées au musée de Clamart, et qui montrent la gradation de l'une des

transformations, que peuvent subir, les corps étrangers une fois qu'ils sont constitués.

Corps étranger libre de la cavité péritonéale, graisseux dans son centre, composé à l'extérieur par des tuniques imbriquées.

Ce corps étranger, du volume de ceux qui viennent d'être décrits, un peu plus aplati, ovoïde, se compose de trois tuniques blanches, opaques, minces, exactement appliquées l'une contre l'autre, emboîtées dans toute l'étendue du corps qui est formé aux $\frac{3}{4}$ dans son intérieur d'une masse graisseuse pure, identique à celle qui constitue les corps de la première observation. Il a été fendu dans le sens de sa longueur. D'un côté, on a laissé les trois tuniques accolées, formant par leur ensemble une enveloppe dure et épaisse au corps étranger ; de l'autre, les trois tuniques sont complètement séparées.

Il est impossible de ne pas reconnaître l'identité de ce corps libre avec les précédents. Seulement, comme il a dû rester plus longtemps attaché, les dépôts plastiques qui se sont déposés successivement se sont concrétisés par couches distinctes, comme cela arrive, pour certaines fausses membranes.

Corps étranger libre, assez volumineux, de la cavité péritonéale composé d'un petit noyau central crétacé, et d'un grand nombre de tuniques exactement emboîtées les unes sur les autres.

Certes, si on ne voyait que ce corps tout seul, sans connaître les faits précédemment exposés, on ne se douterait guère du mécanisme suivant lequel ils s'est développé.

C'est un corps blanc, dur, résistant, fortement fibreux, de plus de 4 centimètres de long, sur 3 centim. de large, assez régulièrement ovoïde. On l'a fendu dans le sens de son plus grand diamètre. Il est composé par un noyau central, dur, crétacé, du volume d'une noisette. Tout autour, des couches d'un tissu fibreux exactement emboîtées, très régulièrement concentriques, se doublent mutuellement jusqu'à la surface, sur la pièce, on a séparé l'une de l'autre huit tuniques successives, mais il est évident qu'on pourrait encore subdiviser celles-ci par de simples tractions, et qu'il y en a plus d'une vingtaine.

Cette pièce ressemble beaucoup à la précédente, et nous montre par conséquent la même origine première pour ce corps étranger que pour les premiers. Il y a seulement deux différences : 1° le nombre des tuniques est plus multiplié, ce qui donne au corps plus de volume ; 2° la substance grasse centrale est devenue le siège d'un dépôt crétacé.

On comprendrait très bien que les dépôts plastiques, en se sécrétant successivement, se soudassent ensemble, sans faire de tuniques distinctes, et alors les corps libres de la cavité péritonéale, que nous venons de voir à leur origine, constitués par une masse graisseuse qu'entoure une enveloppe fibreuse, peuvent former bientôt de grosses tumeurs fibreuses, uniformes et volumineuses, comme par exemple ce corps, en forme d'une bille de billard, dont il avait le volume, que M. Cruveilhier nous a montré dernièrement, et qu'on avait trouvé aussi dans une cavité péritonéale.

Discussion. M. *Ferneuil*. Sur une pièce présentée par moi à la Société de Biologie, on voyait plusieurs corps fibreux fixés par un pédicule mince au corps de l'utérus ; on rencontrait en outre dans le cul de-sac utérorectal un corps libre offrant à son centre un noyau graisseux entouré par des concrétions calcaires.

16. M. *Ferneuil* montre un exemple d'*ostéomyélite* ; sur le cadavre d'une femme, on observait les lésions suivantes : des escarres à la hanche, au genou et au sacrum, l'os était à nu au fond de l'escarre à la hanche ; l'articulation coxo-fémorale elle-même était manifestement enflammée, la synoviale était injectée, l'os dénudé, la capsule et le tissu fibreux environnant recouvert par places de petites ecchymoses. Le tissu médullaire examiné au moyen d'une coupe était rouge, comparable à de la gelée de groseilles, caractère qui devenait d'autant plus marqué qu'on se rapprochait davantage de l'escarre, au contraire il était d'autant moins évident qu'on se rapprochait plus de la diaphyse, si bien qu'au niveau des condyles l'aspect de la moelle était à peu près normal ; cependant, on voyait encore en ce point le long du canal médullaire une injection assez marquée. Vers le milieu de la longueur du corps de l'os, il y avait une sorte de diaphragme osseux, interrompant à peu près complètement le canal

médullaire; à ce niveau l'aspect de la moelle changeant brusquement annonçait une sorte d'arrêt dans la propagation de la maladie.

Cette observation, dit M. Verneuil, est curieuse pour deux raisons : 1° elle montre la facilité de la propagation de la maladie au tissu médullaire de l'os; 2° l'extension de cette inflammation dans toute l'étendue de la partie profonde de l'os, ce qui explique ces sensations douloureuses qui dans certaines maladies articulaires sont perçues dans les jointures voisines.

M. Deville retrouve dans cette pièce les principaux caractères de l'arthrite sèche : les franges synoviales, les productions osseuses, un commencement de destruction des cartilages, etc.

M. Verneuil attire l'attention sur quelques lésions appartenant évidemment à une affection aiguë : les escarres de la peau, la phlogose évidente de l'os, les ecchymoses, etc.

M. Broca. Contrairement à ce qui existe dans l'arthrite sèche, ou aiguë, il n'y a pas ici de liquide dans l'articulation, en outre, l'os est à nu dans une assez grande étendue de la partie intra-articulaire du fémur; enfin il faut remarquer l'inflammation par contiguïté du périoste.

M. Deville croit trouver un lambeau de synoviale, détaché, capable de recouvrir cette dénudation de l'os. C'est probablement là le résultat de manœuvres faites pour examiner l'articulation; du reste, outre l'arthrite sèche, il peut y avoir ici complication de l'état aigu.

M. Verneuil récuse l'explication donnée par M. Deville, la section de l'os a été faite avec beaucoup de précaution et n'a pas occasionné ce décollement.

17. M. Verneuil communique plusieurs faits de tumeurs synoviales périarticulaires. J'ai trouvé dernièrement, dit-il en faisant la dissection d'une main bot en un point où le frottement ne pouvait être invoqué comme cause de lésion, à la partie antérieure et profonde du carpe, un kyste multiloculaire contenant une matière gélatiniforme dans laquelle flottaient quelques cellules épithéliales qu'on retrouvait aussi sur la paroi.

Dans l'intérieur du ligament croisé du genou j'ai trouvé, il y a peu de jours, un petit kyste.

Enfin, chez une femme qui avait une fausse ankylose du coude et chez laquelle les articulations de la main jouissaient d'un excès de mobilité, la synoviale des articulations carpiennes formait de véritables hernies à la partie antérieure de l'articulation radio-carpienne. Ces hernies se présentaient sous la forme de petites tumeurs réductibles.

18. M. Racle présente un fragment de tumeur d'apparence fibreuse, recueillie chez un cheval.

Elle occupait la partie supérieure et interne de la cuisse gauche et pénétrait dans le bassin. Elle adhérait au périoste du fémur et avait deux ou trois fois le volume d'une tête d'adulte ayant enveloppé les ganglions du pli de l'aîne, déjeté les gros vaisseaux de la cuisse, et entouré plusieurs vaisseaux secondaires qui avaient conservé leur calibre.

Examinée dans sa substance intime, la tumeur offre presque partout un aspect fibreux; en quelques points, des lobules contenant du liquide; par places, des amas de substance jaunâtre, comme fibreuse. A l'examen microscopique, on ne trouve pas de cellules cancéreuses, mais de simples globules, petits, en assez grand nombre, et qui offrent une certaine analogie avec les globules du pus.

M. Broca montre un morceau de cette tumeur, duquel il exprime un suc lactescent qui est l'indice de la nature cancéreuse. Pour lui, les globules vus par M. Racle sont non pas des globules de pus, mais des noyaux cancéreux; on trouve souvent des tumeurs complètement composées de noyaux, sans une seule cellule.

M. Follin note que la tumeur est altérée; elle présente un commencement de putréfaction, et le ramollissement qui existe dans ce cas peut produire quelque chose qui ressemble au suc cancéreux, mais qui n'en est pas réellement. Cette tumeur, dit-il, pourrait bien être du tissu fibro-plastique; j'ai examiné bon nombre de tumeurs sur des animaux. Le cancer a été signalé comme fréquent chez le chien surtout à la mamelle. Mais on a confondu le plus souvent des hypertrophies mammaires, quelquefois des tumeurs fibro-plastiques avec

des affections cancéreuses. Chez le porc, on n'a pas d'observations de cancer. Chez la vache, chez le cheval, il en existe quelques unes. J'en ai, pour ma part, rencontré deux cas bien évidents. Les tumeurs fibro-plastiques, au contraire, et celles-ci semblent rentrer dans cette catégorie, sont très fréquentes.

L'examen microscopique est fait pendant la séance par M. Deville qui rend compte de l'observation. On voit beaucoup de globules, à contour peu régulier, ils ne sont pas nettement arrondis et contiennent tous un noyau assez volumineux. Ces éléments ressemblent imparfaitement à ceux du cancer.

M. *Follin* les compare au contraire aux globules ganglionnaires.

M. *Broca* croit à la nature cancéreuse.

19. M. *Racle* montre le *poumon d'un cheval forcé d'abcès métastatiques*. L'animal avait une lésion du pied ; des symptômes graves se déclarèrent 3 ou 4 jours avant la mort : il n'y a pas d'abcès dans le foie. Les deux poumons en présentent un grand nombre, et à tous les degrés de développement : les uns sous forme de simple ecchymoses ; les autres, de noyaux durs ou ramollis ; les autres enfin, de véritables collections liquides. Au microscope, on trouve dans tous les globules du pus, avec beaucoup de tissu cellulaire, ce qui indique que le pus existe à l'état d'infiltration. Les vaisseaux sont sains, jusqu'aux environs de la tumeur. Les veines du membre malade ont présenté les lésions ordinaires de la phlébite ; mais M. *Racle* n'a pu voir les pièces lui-même.

20. M. *Foucher* présente une *rupture de l'urètre trouvée sur un homme de 58 à 40 ans*, entré dans le service de M. Velpeau. Le scrotum était criblé de fistules nombreuses. A la fin de la vie, la gangrène développée sur ces parties s'étendit bientôt en profondeur, et causa la mort. A l'autopsie, on a trouvé la vessie très retractorée ; une rupture considérable du canal de l'urètre existait au niveau de la portion membraneuse. Le canal en ce point est remplacé par une sorte de magma, au milieu duquel on ne distingue plus les traces des pans superficiels du périnée, de la prostate ou des enveloppes du canal lui-même.

21. M. *Blin* présente l'*aorte d'un vieillard de Bicêtre criblée de ma-*

tière calcaire et présentant en un point un caillot de cinq ou six centim. d'étendue. Ce caillot semble enveloppé par une sorte de membrane organisée. Mais la pièce a été conservée dans l'acide nitrique ce qui enlève beaucoup de sa valeur.

22. M. Broca présente une *bourse muqueuse ischiatique* très développée, recueillie sur une femme âgée. Dans son intérieur, on peut constater l'existence de brides, de franges synoviales. Il y a peu de liquide; dans la paroi, il s'est développé des corps étrangers, comme *osseux*, qui tendent à se pédiculer du côté de la cavité; il est impossible de méconnaître l'analogie qui existe entre cette lésion et l'arthrite sèche; en sorte que cette lésion, si fréquente dans les articulations normales, se retrouve avec tous les caractères: 1° dans les fausses articulations, ainsi qu'une observation d'Everard Home le prouve; 2° dans les bourses synoviales muqueuses.

23. M. Broca montre enfin *des varices du membre inférieur* sur lesquelles il a tâché de contrôler les résultats obtenus par M. Briquet. Cette pièce est confirmative de la plupart des opinions émises par ce médecin. Toutefois, cet auteur a prétendu que le tassement des fibres longitudinales se faisait ordinairement sur les 2 faces antérieure et postérieure du cordon variqueux. M. Broca n'a retrouvé cette disposition qu'une fois; presque toujours ce tassement a lieu du côté de la concavité et de la convexité. M. Broca a étudié en outre la coagulation du sang. Elle se fait, dans les varices, de deux façons: 1° par inflammation; 2° par stagnation du liquide. En ouvrant la veine, on trouve le caillot libre dans une certaine étendue, mais adhérent dans les points où les paquets variqueux se touchent. Le caillot s'est formé par inflammation au niveau des points où il adhère et par stagnation entre deux de ceux-ci. De plus, sur ce même sujet, il existait des varices profondes.

M. Denucé fait observer que les varices profondes ne sont pas aussi rares qu'on le dit: il les a rencontrées souvent. Il a même disséqué une pièce sur laquelle le réseau superficiel était normal, tandis que les veines profondes de la jambe étaient variqueuses à un très haut degré, même celles qui sont exclusivement musculaires, comme les veines des muscles jumeaux.

M. Deville affirme que pour lui les varices profondes sont extrêmement fréquentes.

24. M. Roussin montre, des *hydatides du fémur*. Cet os, d'un volume ordinaire, offrait une cavité médullaire plus considérable qu'à l'état normal ; les cellules osseuses sont détruites, et on trouve seulement une large cavité s'étendant en bas jusqu'à l'épiphyse. L'amputation de la cuisse a été pratiquée à l'Hôtel-Dieu par M. Boyer ; la cavité morbide se prolongeait encore dans la portion de la diaphyse située au-dessus de la section. Les hydatides pourvues d'une poche mère remplissent toute la cavité ; vers la partie moyenne de l'os, les parois étaient tellement amincies que le fémur s'est fracturé pendant l'opération.

15. M. Boulard met sous les yeux de la Société un exemple d'*anomalie artérielle avec tumeur fibro-plastique occupant la partie inférieure du col et le sommet de la cavité thoracique*. Cette pièce a été trouvée sur un cadavre servant aux dissections, dans les pavillons de l'École pratique. La carotide droite naissait à gauche de la colonne vertébrale et passait ensuite entre celle-ci et l'œsophage pour suivre sa direction ordinaire à droite. Une série de tumeurs agglomérées, formant une masse compacte, dure, existe à la partie inférieure et droite du col et au sommet du même côté du thorax. Cette production morbide a envahi le nerf pneumo-gastrique, dont on ne peut tracer les filets ; elle se retrouve encore dans une anastomose du pneumo-gastrique et du grand sympathique, puis dans le muscle scalène antérieur ; dans toute sa partie inférieure, le tissu fibro-plastique avait remplacé les fibres musculaires. La première côte, dans son tiers antérieur était usée, ne consistant plus qu'en une lamelle facile à rompre. Au-dessus de la tumeur, on n'a pas pu suivre les divisions du pneumo-gastrique, le diaphragme et les viscères abdominaux ayant été enlevés avant l'examen de la lésion. Aucun renseignement n'a pu être obtenu sur les symptômes observés pendant la vie du malade.

M. Lebert. L'examen microscopique de la pièce qui nous est soumise, ne peut nous inspirer beaucoup de confiance ; cet examen a

été fait tardivement à une époque où les éléments cancéreux sont souvent méconnaissables ou détruits.

M. *Boulard*. La pièce avait été uniquement conservée dans l'eau pendant quelques jours et ne présentait pas de traces de putréfaction.

26. M. *Mesnet* présente un *kyste séreux du mésentère* trouvé à l'autopsie d'une femme qui avait succombé sous l'influence d'une hypertrophie du cœur avec emphysème pulmonaire ; ce kyste, du volume d'un gros œuf, siège dans le mésentère vers la terminaison de l'intestin grêle ; sa forme est celle de la moitié d'une sphère, il ne contenait, examiné par transparence, aucun corps opaque, et ne donnait point la sensation du frémissement hydatique.

27. M. *Daubeuf* met sous les yeux de la Société un *cancer de la vessie* ; la tumeur, du volume d'un poing, fait saillie vers la partie postérieure et supérieure, à l'intérieur du réservoir urinaire, sous forme d'une masse jaune rougeâtre, molle, dans laquelle le doigt énuclée des dépôts de fibrine concrète, trace d'anciens épanchements sanguins.

M. *Parmentier* montre plusieurs pièces.

28. Plusieurs viscères appartenant à un homme mort de *phthisie pulmonaire* à l'hôpital de la Charité (service de M. Cruveilhier). Ce malade était entré au mois de janvier 1851, présentant depuis un mois de la raucité de la voix, les symptômes locaux et généraux d'une tuberculisation pulmonaire et une diarrhée intense qui résista à tous les moyens thérapeutiques. A l'autopsie, on trouve un *épaississement avec induration marquée de l'épiglotte*, de nombreuses ulcérations sur la face postérieure du larynx, une perte de substance large et profonde sur la corde vocale supérieure droite ; le cartilage thyroïde était ossifié. Les poumons contenaient de nombreuses cavernes. Le *gros intestin* était, oriblé d'*ulcérations* à bords peu saillants, par places décollées, et colorés en gris-noirâtre ; sur le fond de quelques-unes de ces pertes de substance, on remarquait un *détritus grisâtre*. D'autres ulcérations existaient aussi à la fin de l'intestin grêle, principalement dans le voisinage de la valvule. Ces ulcérations ont paru à M. Parmentier tendre vers la cicatrisation.

M. Lebert. Plusieurs ulcérations ne tendent pas encore à la cicatrisation; sur leur fond, on rencontre par places un peu de détritus pulpeux qui annoncent que la période d'élimination n'est pas encore achevée. M. Cruveilhier a émis l'opinion que le fond des ulcérations était déjà recouvert souvent d'une membrane cicatricielle, quoique les bords ne fussent pas encore affaissés; cela est très rare.

46. *Une collection purulente du rein droit, causée par un calcul et ouverte dans le colon ascendant.* Une femme de 55 ans entra à l'hôpital de la Charité (service de M. Cruveilhier) se plaignant d'une douleur vive dans le flanc droit. Ces douleurs existaient depuis 2 mois, s'étaient accompagnées de vomissements, de diarrhée; une tumeur constatée par un médecin dans l'endroit douloureux fut, dit-elle, réduite par lui. Depuis cette époque, les forces musculaires ont diminué graduellement, de la diarrhée s'est manifestée. Les urines fétiées contiennent beaucoup de pus; au niveau du flanc droit, existe une tumeur dépassant le rachis de 4 centimètres et s'étendant jusqu'à deux centimètres de la crête de l'os des fesses. La malade fut soumise à un traitement antiphlogistique. L'affaiblissement augmenta graduellement et amena la mort. Le péritoine n'offrait aucune rougeur; dans le tissu cellulaire périméal existait un foyer purulent s'ouvrant dans le colon descendant et communiquant avec un des calices qui contenait un calcul volumineux et une matière purulente grisâtre.

50. M. Barth fait voir un exemple d'adhérence à la paroi abdominale au niveau de la région ombilicale d'un paquet intestinal, de la partie supérieure de l'utérus et de la vessie. Cette pièce a été trouvée à l'autopsie d'une femme de 76 ans morte de pneumonie à l'hospice de la Salpêtrière. Un peu au dessous de l'ombilic sur la ligne médiane un paquet d'intestin grêle est fixé à la paroi abdominale antérieure; ces anses intestinales communiquent entre elles et avec la cavité située en arrière de la paroi abdominale par plusieurs trajets fistuleux; l'utérus est fixé dans le même point par son fond, au moyen d'adhérences étroites; cet organe allongé comme le vagin à parois amincies contenait un peu de liquide mucoso-purulent. La

venne qui adhère au même niveau est très allongée. Ces rapports morbides semblent consécutifs à une péritonite locale développée à la suite de l'accouchement, au moment où le retrait de l'utérus n'avait pu encore s'effectuer.

31. *Un calcul biliaire engagé dans l'extrémité, duodénale du canal cholédoque et faisant saillie dans le duodenum.* Ce calcul du volume de l'extrémité du doigt médius est serré dans le canal cholédoque dilaté ; le canal hépatique a également augmenté de capacité. La vésicule biliaire n'offrait pas de dimensions plus grandes que dans l'état normal, ses parois étaient un peu épaissies ; elle renfermait plusieurs calculs. Cette pièce démontre que des calculs biliaires volumineux peuvent être rendus par les voies naturelles sans communication accidentelle avec l'intestin.

32. *Un abcès extérieur à la vésicule biliaire contenant du pus et communiquant avec le colon transverse.* Cette pièce a été trouvée à l'autopsie d'une femme de 70 ans, morte de pneumonie, à l'infirmerie de la Salpêtrière. On avait constaté pendant la vie, une douleur dans la région du foie, une augmentation de volume de cet organe. On trouva le lobe droit très allongé plongeant jusque dans le flanc droit, le lobe gauche gagnant l'hypochondre gauche. Le canal cholédoque contenait un calcul volumineux ; au dessus de l'obstacle, les canaux biliaires sont rouges et contiennent comme la vésicule une matière liquide jaunâtre ; le réservoir biliaire communique avec une cavité intermédiaire au foie et à la paroi abdominale circonscrite par des adhérences et contenant des lambeaux de tissu cellulaire noirâtre. Ce foyer communique lui-même par 2 trajets fistuleux avec le colon transverse.

M. *Ripault* fait remarquer combien les désordres produits par la sortie de la bile au dehors de ses canaux naturels sont moins graves que ceux auxquels donne lieu l'épanchement d'urine.

M. *Lebert* demande quel était l'état de la nutrition, et de l'embonpoint chez ce sujet.

M. *Barth*. Cette femme avait encore un embonpoint marqué ; mais il faut se rappeler que l'amaigrissement ne se produit pas toujours chez les vieillards même en présence des causes du déperissement.

ment les plus généralement reconnues. J'ai observé il y a quelques semaines une vieille femme à l'infirmerie de la Salpêtrière : depuis 6 ou 7 semaines avant sa mort, elle pouvait à peine prendre quelques aliments liquides et cependant la graisse existait en grande abondance sous les téguments et dans les cavités naturelles.

M. Broca. L'amaigrissement et la disparition de la graisse ont été indiqués comme des conséquences de l'inanition ; Haller cite contrairement à cette opinion le fait d'un homme qui s'était laissé mourir de faim et dont l'épiploon présentait une doublure graissée de quatre centimètres d'épaisseur.

53^e. M. Broca montre plusieurs petits kystes séreux développés dans l'aillon de la trompe, sur le trajet du corps de Rosenmüller.

54. M. Ripault met sous les yeux de la Société, une balle extraite sur le cadavre d'un individu qui l'avait reçue dans l'hiver de 1797 à 1798, dans la campagne d'Italie, au siège de Nice. Cette balle engagée dans l'épaisseur des muscles de la fesse, n'était entourée par aucun kyste ; sur un de ses côtés était fixé un pédicule, ayant environ un centimètre à sa base sur 3 de long, formé par une substance membraneuse dure, que M. Ripault rapporte à des débris de tissu cellulaire entraînés par la balle.

M. Broca. J'ai montré, il y a quelques semaines à peine, un morceau de grenaille de plomb engagé depuis 1831 dans l'épaisseur du muscle carré pronateur ; il n'y avait pas de kyste.

Diathèse syphilitique probable, — Carie des os du crâne, du tibia. — Cirrhose du foie.

Par M. Dufour, interne des hôpitaux.

D. journalière, âgée de 52 ans, entre le 26 nov. 1859, à l'hôpital S.-Louis, service de M. Cazenave. Cette femme arrivée à un état de marasme complet, ne peut donner aucun renseignement sur le début et la marche de sa maladie. La peau a une couleur jaune paille très prononcée, l'amaigrissement est extrême, les bras et les jambes sont œdématisés. Dans la partie inférieure et latérale gauche du cou la peau décollée présente plusieurs larges ouvertures fistuleuses laissant à nu les fibres du sternomastoïdien. Au niveau du sinciput la voûte crânienne offre une perte de substance presque ronde ayant 6 à 8 centimètres de diamètre qui atteint jusqu'à la dure-mère et permet de voir les mouvements de l'encéphale. La région fronto-pariétale droite est le siège d'une tumeur de la grosseur d'une moitié d'abricot qui soulève le cuir chevelu et est un peu douloureuse. Pas de paralysie ou de délire. La malade meurt 5 jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. Cerveau et moelle sains : arachnoïde viscérale et pie-mère non injectés. Les deux poumons un peu congestionnés présentent de la pneumonie hypostatique dans leur moitié postérieure ; pas de traces de tubercules. Les deux cavités pleurales renferment un épanchement d'un demi-litre environ de sérosité. Cœur sain. La couche musculaire de tout l'intestin est pale, amincie. La rate est assez grosse, ferme, les reins sont pales et décolorés. Le foie est atteint de cirrhose, d'une teinte jaune, mamelonné à sa surface surtout au niveau du lobe gauche ; pas

de diminution du volume de l'organe. Epanchement de trois à quatre litres de sérosité transparente dans le péritoine.

Une collection purulente recouvre à la partie interne et supérieure du tibia gauche une surface d'un décimètre environ d'étendue; à ce niveau, le tissu compact est raréfié, presque spongieux et se détache en lamelles. Les côtes considérablement amincies sont d'une fragilité extrême, se brisent au moindre effort et se laissent couper facilement par le scalpel. Les deux tables du tissu compact amincies sont séparées par un tissu spongieux raréfié.

Tout le pariétal gauche est atteint de carie. Une large perte de substance a détruit sa partie supérieure depuis la bosse pariétale jusqu'à la suture sagittale, intéressant aussi un peu le pariétal droit. Si l'on représente cette ouverture partagée en deux parties par l'insertion de la faux du cerveau prolongé, les $\frac{2}{3}$ gauches appartiennent à la lésion du pariétal gauche, le $\frac{1}{3}$ droit au même os du côté droit. Le diamètre transverse de cette ouverture est de 0^m, 06 : elle se termine en avant au coronal étroit, lui-même dans sa portion médiane ou supérieure et se termine en arrière au niveau d'une ligne qui réunirait les deux bosses pariétales. D'autres portions cariées beaucoup plus petites existent sur le pariétal droit et sur le coronal du même côté. Le fond de la plaie du crâne est formé par la dure-mère recouverte d'une membrane pyogénique violacée, qui a emprisonné en un point entre elle et la dure-mère un petit sequestre. Un autre fragment d'os nécrosé et complètement libre se voit sur le côté droit de la plaie. La dure-mère de la voûte crânienne est épaissie; des vaisseaux nombreux sont développés dans le feuillet pariétal de l'arachnoïde qui a diminué de consistance.

La tumeur qui repose au dessus de la carie partielle du coronal présente les caractères d'une tumeur graisseuse.

Rapport de M. Lebert sur l'Observation précédente.

1° Les os de la voûte crânienne présentent outre la perte de substance indiquée par M. Dufour et un aspect vermoulu, une infiltration par un tissu que nous décrirons plus loin à propos des tumeurs gommeuses. Cette infiltration est réunie par places très limitées, ne dépassant pas le diamètre d'une lentille, n'occupant jamais une grande étendue.

2° A la face profonde du cuir chevelu, dans l'épaisseur même d'un des muscles temporaux, on rencontre un grand nombre de tumeurs gommeuses qui offrent des caractères si remarquables qu'il est impossible de confondre cette lésion avec aucune autre; tous les tissus, jusqu'à l'épiderme du cuir chevelu sont le siège à ce niveau d'une injection vasculaire marquée sans ecchymoses, le péricrâne est épaissi. Ces tissus sont infiltrés de sérosité.

Les tumeurs gommeuses sont aplaties, rondes ou de forme irrégulière, d'une couleur jaunâtre pâle, comparable à celle de la matière tuberculeuse, un peu lisses comme le tissu adipeux; elles sont élastiques. En grattant la surface d'une coupe de ce tissu, on obtient un suc blanchâtre qui, examiné de près se compose d'un grand nombre de petits grumeaux blanchâtres. Ces tumeurs existent en grand nombre à la face inférieure du cuir chevelu, réunies par places au nombre de 7 à 8. Elles ont les dimensions suivantes : épaisseur de 5-6 millimètres; longueur 15 millimètres et au-dessous; largeur de quelques millimètres à 1 centimètre. L'épaisseur moyenne est de 2 à 3 millimètres, aussi les lames profondes du derme offrent-elles leur caractère normal.

Nous avons cherché à connaître la nature intime de ce tissu, qui offrait quelques points de ressemblance avec le tubercule ou l'encéphaloïde. L'examen microscopique nous a montré dans ces tumeurs gommeuses les caractères suivants : une trame fibreuse à larges mailles est constituée par des fibres élastiques pâles, laissant dans leurs intervalles de grands espaces remplis par une substance homogène, granuleuse, dont les parties élémentaires sont moins adhérentes les unes aux autres que dans le tubercule. La dimension de ces granules ne dépasse pas $0^{\text{mm}}, 005$, ils sont arrondis, et contiennent une substance homogène et irrégulièrement grenue. Quelques corpuscules plus grands atteignant $0^{\text{mm}}, 0075$, à paroi pâle et irrégulière paraissent contenir un noyau arrondi.

Nous trouvons dans cette observation une lésion du foie déjà signalée dans la cachexie syphilitique. C'est la cirrhose. M. Dufour a donné les caractères extérieurs de cette affection, nous insisterons sur la structure intime de ce foie altéré. La membrane de Glisson est épaissie, très vasculaire, très adhérente à la substance du foie autant à la surface de l'organe qu'à l'intérieur, présentant outre les éléments fibreux des éléments fibroplastiques. Les granulations très visibles ont depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un petit pois, elles sont saillantes, jaunes, entourées par une substance plus terne et grisâtre. Les cellules du foie qui constituent la plus grande partie des granulations sont infiltrées d'éléments colorants de la bile, puis par de la graisse. Quelques cellules contiennent un si grand nombre de ces vésicules adipeuses que l'ensemble d'un certain nombre de granulations semble avoir subi une transformation grasseuse.

L'épaisseur morbide de la peau du crâne nous a permis d'étudier quelques uns des éléments normaux du derme.

Ainsi nous avons constaté dans l'intérieur des papilles les terminaisons nerveuses en anses, sans aucune division; les anses nerveuses présentaient les mêmes caractères lorsqu'on rendait la papille transparente au moyen de l'acide acétique. Nous n'avons pu suivre ces anses nerveuses jusqu'à la base des papilles. Les filets nerveux se repliaient quelquefois sur eux-mêmes sans se contourner, d'autres se repliaient en 8 de chiffre, ce qui nous porterait à croire que ce ne sont pas là les fibres primitives, mais le résultat d'une division antérieure. Ce qui semble confirmer cette opinion, c'est la largeur des fibres qui forment ces anses, en effet elle ne dépassait pas $0^{\text{m}},005$, tandis que les fibres primitives ont une largeur de $0^{\text{m}},01$, en outre ces dernières ont un double contour, tandis que les fibres que nous examinons n'offrent qu'un seul contour et même assez pâle.

Sur le cuir chevelu du même sujet, nous avons très bien vu la structure des glandes sébacées, et constaté qu'elles étaient tapissées à leur intérieur par un épithélium pavimenteux de petite dimension, présentant des noyaux à contours marqués, qui contenaient eux-mêmes un nucléole distinct. Les noyaux n'ont pas plus de $0^{\text{mm}},033$ de largeur. Les glandules sébacées contiennent de la matière grasse, qui existe également à la partie inférieure du conduit excréteur. Nous concluons de cet examen, que l'épithélium des glandes sébacées n'est pas le même que celui qui recouvre la peau; et l'on ne peut établir entre eux une continuité, ou prétendre que ces glandules ne sont que le résultat d'une sorte d'invagination de la peau.

Nos études, assez nombreuses, sur les lésions produites par la syphilis, ne nous autorisent pas à admettre l'existence d'un tissu syphilitique spécial, d'un élément cellu-

laire propre à la syphilis. Peut-être, lorsque des études histologiques des gommea auront été répétées souvent, pourra-t-on admettre un tissu spécial; mais aujourd'hui, nous ne pouvons pas professer cette opinion. Mais on doit, en anatomie pathologique, remarquer qu'un produit morbide peut présenter un caractère spécial, non par le caractère de sa composition moléculaire, mais par le groupement spécial d'éléments qui lui sont communs avec beaucoup d'autres lésions.

Discussion. — M. Deville. Je n'ai pas observé que la cirrhose fût une lésion fréquente dans la syphilis constitutionnelle; j'ai ouvert, dans les hôpitaux spéciaux, deux cadavres de syphilitiques, plusieurs autres à Clamart sans jamais rencontrer de cirrhose. M. Lebert nous a donné une description étendue des gommea; or, à une époque où on enlevait encore ces tumeurs, qu'on ne savait pas guérir, j'en ai examiné plusieurs, et je ne leur ai pas trouvé les caractères qu'il nous donne. Je ferai aussi remarquer que la nature de l'épithélium est un faible argument pour nier la théorie du mode de développement des glandes.

M. Lebert. Notre collègue, M. Gubler, avait déjà signalé, il y a quelques années, la cirrhose comme fréquente dans la syphilis; depuis, M. Leudet m'a confirmé dans cette opinion; enfin, M. Dietrich, qui a examiné plus de 1200 cadavres à l'hôpital de Prague, a émis la même proposition: enfin, Müller a eu tort de dire que les glandes étaient le résultat d'une invagination interne ou externe. J'ai vu, chez les batraciens, le foie, le corps de Wolf, se former indépendamment du tube digestif; je mentionnerai encore les poils, qui démontrent que cette théorie est fausse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXVI. ANNÉE

BULLETIN N° 5. MAI 1851.

RÉDIGÉ

Par M. LEJDET, Secrétaire.

SOMMAIRE

A. *Extrait des procès-verbaux.* 1. Atrophie d'une vésicule biliaire renfermant des calculs. — 2. Induration avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur. — 3. Hernie diaphragmatique. — 4. Hernies celluluses du gros intestin. — 5. Oblitération incomplète de la partie supérieure du vagin. — 6. Amincissement des os. — 7. Calculs biliaires dans l'intérieur du foie. — 8. Tumeur fibreuse de l'utérus, cancer des reins. — 9. Fracture de jambe. — 10. Absence d'orifice anal avec persistance du sphincter et oblitération du rectum. — 11. Imperforation du rectum avec existence normale de l'anus. — 12. Grossesse gémellaire, développement normal et naissance à terme de l'un des fœtus, mort et aplatissement du second fœtus. — 13. Infiltration tuberculeuse de l'extrémité supérieure du fémur. — 14. Hernie de l'ovaire dans la grande lèvre. Excision. Péritonite consécutive. Mort. — 15. Cancroïde épidermique du maxillaire inférieur ayant pris naissance dans le tissu gingival et pénétré dans l'os. — 16. Arthrites sèches du genou; éburnation et usure des os. — 17. Ankylose par fusion de l'articulation coxo-fémorale. — 18. Cancer du foie. — 19. Tumeur fibreuse de l'utérus. — 20. Rachitisme. Discussion. — 21. Plaque ossiforme du péricarde. — 22. Calculs biliaires. — 23. Perforation intestinale tuberculeuse. — 24. OEdème des membres inférieurs dans le cours d'une variole et d'un psoriasis; absence de lésion dans les veines. — 25. Ulcérations intestinales dans la fièvre typhoïde. — 26. Cirrhose du foie. — 27. Tubercules du cerveau et du calcanéum. — 28. Fractures multiples du bassin et du fémur. — 29. Kyste hydatique du cervelet. — 30. Croup chez l'adulte. — 31. Oblitération du col de l'utérus; distension de la cavité du corps. — 32. Pyélo-cystite, hypertrophie de la membrane muqueuse. — 33. Hémorragie graisseuse ombilicale. — 34. Prolapsus utérin. — 35. Abscès chronique de l'estomac; rupture de l'artère coronaire. — 36. Estomac ramolli. — 37. Carie vertébrale. — 38. Fracture de l'olécrane; cal fibreux. — 39. Crête horizontale normale de la rotule. — 40 à 46. Pathologie des cartilages articulaires: Influence des pressions mécaniques sur leur nutrition (40). — Leur nécrose (41) leur ossification (41, 42); leur état fibreux (43, 44, 45, 46), leur épaississement, leur ramollissement et leur altération végétative, (45, 46), leur absorption ulcéroïde, (44, 46), — résumé de la pathologie des cartilages, (46).

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

Présidence de M. CRUVEILHIER.

M. Barth présente plusieurs pièces.

1. Une *vésicule biliaire dont les parois contractées sont appliquées sur des calculs biliaires.* La vésicule biliaire a considérablement diminué de capacité, ses parois sont appliquées sur cinq petits calculs à facettes, blanchâtres, un peu jaunes au niveau des arêtes. Au dessus des calculs, une petite portion de la muqueuse de la cavité de la vésicule et du col de cet organe était rosée, nullement teinte en vert. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'une femme de 76 ans entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière atteinte de pneumonie compliquée d'une diarrhée intense. La phlegmasie pulmonaire entra en résolution, mais la diarrhée persista, amena un épuisement graduellement croissant et causa la mort. A l'autopsie, on trouva des tubercules pulmonaires avec cavernes, puis dans les intestins des ulcérations à bords noirâtres, ce qui est pour M. Barth plutôt l'indice d'une longue durée que d'une tendance à la guérison.

2. Une *induration avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur.* Une femme âgée de 79 ans, entre le 25 avril à l'infirmerie de la Salpêtrière ; atteinte souvent auparavant de toux et de dyspnée, elle assurait n'avoir éprouvé que rarement des palpitations ; le pouls était irrégulier. La percussion ne faisait reconnaître qu'une augmentation légère du volume du cœur. A la région précordiale, on entendait un bruit de rape à timbre aigu, une sorte de pialement occupant le premier temps et s'entendant jusque sur le deuxième ; son maximum d'intensité était à gauche, et diminuait à mesure qu'on se rapprochait de l'aorte. L'artère carotide ne présentait rien de particulier. Je diagnostiquai une induration avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. En ouvrant le cœur après la mort, on trouvait l'orifice mitral béant, la valvule tendue perpendiculairement au cercle fibreux par ses tendons raccourcis, adhérente par places aux tendons du cœur ; les deux valves parsemées de plaques crétacées ne pouvaient se relever, même sous

l'influence d'un courant d'eau énergique; l'anneau fibreux de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était induré, nullement rétréci, résonnant sous le doigt qui le percutait et offrait une hauteur d'un centimètre et demi environ. Quelques petites aspérités se trouvaient sur les valvules de l'aorte.

3. Une *hernie diaphragmatique* trouvée sur le cadavre de la même femme. Au devant du trou œsophagien, on trouve dans le diaphragme une perte de substance qui a la largeur de l'orifice d'un verre ordinaire et dans lequel les éléments musculaires et aponévrotiques manquent complètement. Le péricarde et le péritoine sont immédiatement adossés et forment un sac herniaire à collet large, du volume du poing, saillant dans la poitrine et renfermant une partie du grand cul de sac de l'estomac.

4. *Des hernies celluleuses du gros intestin* trouvées sur le même cadavre. Elles apparaissent sur cette partie du tube digestif comme de petites poches dures semblant au premier abord appendues à l'intestin par un pédicule imperforé, mais en les examinant plus attentivement, on trouve qu'elles communiquent par un orifice étroit qui permet au moyen de la pression de faire sortir de la cavité une petite masse de matières fécales dures. Cette disposition anatomique rend compte, dit M. Barth, de ce fait que les vieillards expulsent fréquemment au milieu de selles liquides diarrhéiques quelques boules isolées de fèces durcies.

5. Une *adhérence des parois antérieure et postérieure du vagin* au devant du col utérin; on trouve encore sur la partie latérale droite du vagin un petit canal perméable. Ces adhérences des diverses parties du vagin sont fréquentes chez les vieilles femmes.

6. *Des os amincis* appartenant au sujet qui a offert les lésions précédentes. Les côtes ont diminué considérablement d'épaisseur, les deux tables compactes amincies sont séparées par un tissu spongieux peu abondant, les cartilages costaux au contraire ont conservé leur volume normal.

7. *Des calculs contenus dans les canaux biliaire dans l'épaisseur du foie.* Ces mêmes corps étrangers se rencontrent dans la vésicule et le canal cholédoque; dans un point des parois de ce dernier, on

trouve une cicatrice évidente résultant probablement d'une inflammation ulcéraire développée à la suite de l'arrêt d'un calcul biliaire. Cette pièce provient d'une malade qui a succombé dans le service de M. Gillette à la Salpêtrière.

8. M. Weiss montre une tumeur fibreuse de l'utérus et un cancer avec apoplexie des reins trouvés sur le cadavre d'une femme morte à la Salpêtrière (service de M. Gillette). Cette malade était entrée trois mois auparavant, accusant uniquement de la diarrhée, mais aucun phénomène morbide du côté des organes génito-urinaires. A l'autopsie, on trouve une tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, d'aspect fibreux, pesant trois kilogrammes, faisant saillie dans la cavité utérine qu'elle distend. Le vagin est sain.

Les deux reins, l'un plus que l'autre offrent par places des dépôts, d'une substance assez ferme, ailleurs semi-molle, variant en couleur du rouge au jaune et infiltrée dans la substance même de leur parenchyme.

M. Broca rend compte dans la séance suivante de l'examen microscopique de la substance contenue dans les reins : à la périphérie du produit morbide, on trouvait de nombreuses cellules cancéreuses évidentes, puis au centre des dépôts fibreux.

9. M. Armand-Moreau montre une fracture non consolidée des deux os de la jambe ayant donné lieu à l'amputation. Cette lésion occasionnée par une chute d'un lieu élevé amena le malade à l'Hôtel-Dieu (service de M. Roux). Le décollement des tissus par le pus, l'accumulation de ce produit morbide dans l'articulation forcèrent de recourir à l'amputation. En examinant la pièce, on trouve sur le tibia l'os dénudé dans l'étendue d'un centimètre environ, son tissu compacte est lisse et dur ; plus haut ce même tissu, recouvert de quelques saillies osseuses nouvelles, est comme raréfié, parsemé de petites cavités. Un champignon blanchâtre faisait saillie, au point de la section, au dehors du canal médulaire.

M. Broca. L'examen comparé des diverses portions de l'extrémité fracturée du tibia montre que la raréfaction de l'os ne peut être attribuée à son séjour au milieu du pus, mais bien à un travail inflammatoire.

M. *Depaul* montre plusieurs pièces.

10. Une absence de l'orifice anal avec persistance du sphincter et oblitération du rectum. L'enfant qui présentait cette lésion offrait plusieurs autres vices de conformation. A l'endroit occupé à l'état normal par l'anus, on ne voyait ni orifice, ni dépression, cependant la dissection fit découvrir le muscle sphincter. Le gros intestin se terminait par un renflement considérable à un centimètre et demi de la peau; dans cet intervalle, son trajet n'était représenté que par un cordon fibreux. Dans ce cas, on aurait pu au moyen d'une incision donner issue au méconium et les fonctions excrétoires auraient peut-être pu s'établir; ce qui viendrait à l'appui de cette opinion, c'est le fait d'un enfant présenté, il y a plusieurs années, par moi à la Société; dans un cas d'absence de l'orifice anal, j'avais fait plusieurs petites incisions, et l'enfant avait guéri.

11. Une imperforation du rectum avec existence normale de l'anus. L'enfant atteint de ce vice de conformation naquit il y a quelques jours à l'hôpital des cliniques; 24 heures après sa naissance la femme chargée de lui donner des soins ayant remarqué l'absence d'évacuations, le présenta au chirurgien. On constata alors l'existence de l'anus; le périnée bombait et donnait au doigt une sensation analogue à celle qu'on éprouve en déprimant une poche qui donne un léger choc en retour, point de fluctuation réelle. Une sonde introduite dans l'anus s'arrêta à 7 millimètres environ et ne put pénétrer plus loin; un bistouri étroit et pointu servit à faire une incision et une ponction qui amena l'écoulement du méconium. L'enfant né avant terme, mal nourri, succomba. On ne trouva à l'autopsie aucune trace de péritonite; une membrane tendue en forme de valvule complète bouchait le calibre de l'intestin.

M. *Cruveilhier*. Dans un cas semblable présenté par moi, il y a plusieurs années, j'ai constaté que le feuillet supérieur de l'obstacle valvulaire était muqueux, l'inférieur cutané.

12. Un fœtus de 5 mois appartenant à une grossesse gémellaire et n'ayant point empêché le développement de l'autre fœtus. Sur le placenta d'une femme accouchée à terme, on trouva le gâteau placentaire avec ses membranes, appartenant au fœtus né à terme. Sur

l'un des côtés du placenta, existait une autre poche aplatie, contenant un placenta rudimentaire atrophié avec son cordon, puis un fœtus de 5 mois environ, aplati latéralement, parfaitement intact, sec et ayant à peine une épaisseur d'un demi-centimètre. Ce fœtus dont le développement est celui d'un fœtus de 3 mois, est donc resté 2 mois dans l'utérus sans empêcher le développement de l'autre enfant. En pareil cas, dit M. Depaul, il est rare que la gestation arrive à son terme; quelquefois un des fœtus meurt, est expulsé et entraîne avec lui, hors de l'utérus, celui qui n'avait pas cessé de vivre; plus rarement le fœtus qui a succombé est seul expulsé, l'autre demeure dans l'utérus et naît à terme. Beaucoup plus rarement encore, l'un des fœtus ayant succombé reste dans l'utérus et n'est expulsé qu'à terme avec l'autre fœtus vivant; c'est ce qui est arrivé dans le cas que nous venons de présenter.

M. Dufour a observé, l'an dernier, un fait semblable; le fœtus mort avait 4 mois, et n'avait pas gêné le développement de l'autre qui naquit à terme. Aucun des os du fœtus mort et aplati, comme dans le cas actuel, n'était fracturé.

M. Broca. En faisant couver des œufs à deux jaunes, j'ai vu que le plus souvent l'un des embryons succombait, c'est celui qui est placé près de la petite extrémité de l'œuf, tandis que celui qui est situé près de la chambre à air se développe.

M. Rombeau présente :

15. 4° *Des tubercules infiltrés dans l'extrémité supérieure du fémur.* Un enfant de 6 ans entre le 19 février à l'hôpital des Enfants (service de M. P. Guersant). Depuis juillet 1850, il accusait des douleurs dans le genou, sans aucun symptôme annonçant une diathèse tuberculeuse. En décembre de la même année, la hanche se tuméfia, devint très douloureuse; en février 1851, le fémur se luxa dans la fosse iliaque externe. A l'hôpital, on appliqua successivement des cautères; deux ponctions sous-cutanées furent faites, puis dans le courant d'avril à 10 jours de distance deux injections iodées. Pendant cette dernière médication, les forces du malade diminuèrent, l'amaigrissement, la fièvre se manifestèrent et le malade succomba. A l'autopsie, on constata la luxation du fémur dans la fosse iliaque

externe; un foyer purulent au dessous de la peau. La cavité cotyloïde érodée sur ses bords, privée de cartilage était remplie par le tissu adipeux de l'arrière cavité de l'articulation. La tête du fémur reposait sur le bord supérieur et externe de la cavité cotyloïde. Sa moitié interne est aplatie, molle. La coupe de l'extrémité supérieure du fémur montre au sommet du grand trochanter au dessus de la ligne épiphysaire, un petit séquestre mobile, jaunâtre, dans lequel le microscope ne démontre que la présence de globules purulents; au dessous de la ligne épiphysaire, la trame celluleuse de l'os est jaunâtre, par places; cette matière est tuberculeuse, comme l'a montré l'examen microscopique fait par M. Broca.

15. Une *hernie irréductible de l'ovaire dans la grande lèvre*. Une fille âgée de 10 ans, entrée à l'hôpital des Enfants (service de M. Guersant) portait depuis sa naissance une petite tumeur dans la grande lèvre gauche. Cette tumeur longtemps indolore est devenue depuis quelque temps le siège d'une douleur gravative, gênant dans les mouvements des membres inférieurs. Elle occupe la partie supérieure de la grande lèvre gauche, au niveau de la terminaison du canal inguinal; du volume d'une petite noix, elle est dure à sa partie inférieure, un peu plus molle vers la supérieure. Elle ne peut être réduite dans l'abdomen, mais attirée un peu en bas. La pression sur la tumeur cause de vives douleurs. Le 8 mai 1854, on excise la tumeur; en l'examinant, on voit son enveloppe extérieure formée par un sac fibreux semblant se prolonger vers le canal inguinal, au dessous une couche de tissu à fibres élastiques, puis une troisième d'apparence séreuse offrant les cellules épithéliales analogues à celles du péritoine; enfin, au centre, une masse épaisse d'un blanc grisâtre, du volume d'une noisette, creusée de petites vacuoles, offrant tous les caractères de l'ovaire; sur un de ses côtés adhérait l'extrémité de la trompe.

Dans la séance suivante, M. Rombeau montre le bassin de cette enfant sur laquelle on a pratiqué l'extirpation de l'ovaire. La malade a succombé 3 jours après l'opération par suite d'une péritonite. Le péritoine offrait les lésions caractéristiques de son inflammation. La trompe et le ligament rond du côté gauche se dirigeaient vers le

canal inguinal recouvert par un prolongement du péritoine formant un canal non oblitéré jusqu'au point de la section. Sous ce feuillet séreux existait un caillot noirâtre, sanguin, gros comme une petite noisette. L'anneau inguinal n'était pas plus dilaté que dans l'état normal.

15. M. Lebert fait voir un *cancroïde épidermique du maxillaire inférieur ayant pris naissance dans le tissu gingival et pénétré dans l'os*. La tumeur du volume d'un gros œuf, médiocrement dure, d'un blanc jaunâtre pénétre jusqu'au canal dentaire qui est sain ; un ganglion situé au dessous de la mâchoire présentait le même aspect. Dans ces diverses parties, l'examen microscopique ne démontrait que des lamelles épithéliales en grand nombre. C'est le deuxième fait que je possède, dit M. Lebert, de cancroïde développé dans le tissu gingival puis pénétrant dans l'os. M. Velpeau dans le service duquel le malade était placé et qui m'a donné cette pièce, m'a dit que la marche de la tumeur avait été celle des tumeurs épidermiques et non des vrais cancers. Dans ces cancroïdes, la mort peut être causée par une extension locale du mal, mais jamais par l'infection de toute l'économie comme dans le cancer véritable. L'affection épidermique peut récidiver dans les ganglions qui sont en rapport anatomique avec la région, mais jamais ailleurs.

M. Denucé. M. Michon a publié dans le journal de M. Malgaigne l'histoire d'un malade encore placé dans son service à l'hôpital de la Pitié ; un cancroïde de la lèvre opéré, a récidivé dans les ganglions du cou et occasionné une large perte de substance.

16. M. Broca met sous les yeux de la Société quatre rotules et les extrémités des fémurs correspondants, creusées de sillons profonds, intéressant les cartilages et les os dans le sens des mouvements. Les os sont profondément usés et éburnés par places. On a allégué, dit M. Broca, comme preuve de l'absence de vie des cartilages leur usure dans le sens des mouvements ; les pièces que je montre dans lesquelles les os sont usés aussi bien que les cartilages montrent quelle valeur il faut attacher à cette opinion.

17. M. Houel montre une *ankylose par fusion de l'articulation oxo-fémorale*. La fusion est complète dans cette pièce appartenant

au musée Dupuytren; une lame blanchâtre, dense, existe encore dans l'endroit où la tête fémorale s'unit à l'os des îles. Cette pièce démontre que dans l'ankylose par fusion la lame de tissu osseux qui supporte le cartilage ne disparaît pas toujours.

M. *Alby* présente plusieurs pièces :

18. Un *foie cancéreux*. Le cancer disposé par petites masses séparées est déprimé à son centre, comme ombiliqué; d'autres tumeurs cancéreuses sont saillantes et rondes.

19. Une *tumeur fibreuse* du volume du poing, développée dans la paroi latérale et antérieure droite de l'*utérus* et faisant saillie dans la cavité de l'organe.

20. M. *Houel* présente le squelette d'un enfant de 7 ans, *rachitique*, appartenant au musée Dupuytren (n° 516). On voit, outre les courbures ordinaires, sur plusieurs des leviers osseux, des saillies transversales sous forme de crêtes rugueuses, ailleurs des fractures incomplètement consolidées. Ces crêtes rugueuses ont été décrites par M. Lacroix dans le catalogue du musée, comme caractéristiques d'une espèce particulière du rachitisme : en rapprochant ce squelette de celui du fœtus qui nous a été présenté l'an dernier par M. Notta, j'y trouve au contraire les signes de fractures anciennes plus ou moins avancées dans leur consolidation. Ce fait n'est pas non plus en faveur de l'opinion soutenue récemment par M. Depaul sur le rachitisme intra-utérin.

M. *Depaul*. Ce fait ne peut être cité comme infirmant la proposition que j'ai émise : ce sont des squelettes de nouveau-nés et non d'enfants de 7 ans qui peuvent servir à éclairer la question. Je n'ai jamais nié que les fractures puissent se produire pendant la vie intra-utérine, mais je nie que les absences de continuité extrêmement nombreuses, trouvées sur le squelette de quelques fœtus s'expliquent par ce mécanisme. Si par exemple sur le tibia d'un fœtus de 5 mois, l'on trouve la partie supérieure et inférieure ossifiées, puis au milieu une substance fibreuse dans un endroit, par conséquent où le tissu osseux n'existe pas à cette époque, pourrait-on admettre l'existence antérieure d'une fracture? Evidemment non. Une autre explication doit donc être donnée.

M. *Houel* met sous les yeux de la Société le squelette déposé au

musée Dupuytren par M. Notta (V. Bullet. de la Soc. anat. 1849, p. 83), et fixe l'attention sur les espèces d'absence de continuité des os de l'avant-bras, des bras, etc.; les fragments sont tantôt encore libres, tantôt réunis par un cal plus ou moins solide. Sur ce fœtus, on ne peut nier que ces solutions de continuité ne soient des fractures.

M. Deville partage l'opinion de M. Honel sur la nature des lésions soumises à l'examen; pour lui, ce sont des fractures, aussi bien dans le squelette de l'enfant de 7 ans que sur celui présenté par M. Notta. Cependant il ne rejette pas l'explication donnée par M. Depaul, c'est une interprétation ingénieuse. Le fœtus que nous devons à M. Notta prouve en outre la réalité du rachitisme congénial, que M. J. Guérin a nié récemment.

M. Depaul. Le fœtus de M. Notta, comme le prouve l'observation que nous avons sous les yeux, était tombé pendant l'accouchement et n'avait pas été conservé avec tout le soin désirable; d'ailleurs, mon opinion n'est pas ébranlée par l'examen de ce fait.

M. Parmentier montre 4 pièces :

21. Une *plaque ossiforme* de la grandeur d'une pièce de deux francs, développée sous le péricarde pariétal. Les orifices du cœur, les poumons ne présentaient aucune lésion.

22. Une *vésicule distendue par des calculs*. Le canal cystique est petit et difficilement perméable; les canaux cholédoque et hépatique sont au contraire volumineux.

23. Une *perforation intestinale tuberculeuse*, au niveau de la dernière partie de l'intestin grêle près de la valvule; l'épiploon et le péritoine étaient parsemés de tubercules.

24. *Les veines des deux membres inférieurs d'une femme atteinte pendant la vie d'œdème des membres inférieurs*. Cette femme accouchée depuis 2 mois entre en janvier 1854 à l'hôpital de la Charité (service de M. Cruveilhier), elle était atteinte d'une variole discrète et d'un psoriasis du côté droit. Des douleurs se manifestèrent plus tard dans ses membres inférieurs sur le trajet des vaisseaux avec un peu d'œdème. La malade tomba graduellement dans l'épuisement et succomba avec les accidents d'une pneumonie du côté droit. Les veines des membres jusqu'aux iliaques primitives inclusivement

contenaient des caillots de sang assez mou, non adhérents à la membrane interne, sans développement de réseaux vasculaires.

25. M. *André* présente un *intestin grêle* offrant les lésions de la *fièvre typhoïde*. Cette pièce provient de l'autopsie d'un homme qui a succombé à l'Hôtel-Dieu (service de M. Chomel). La maladie a débuté le 6 mai par des maux de tête, des vertiges, de la diarrhée, qui augmenta si rapidement que dans la soirée du même jour les selles étaient déjà involontaires. Le troisième jour de l'affection le malade entra à l'hôpital. Le quatrième et le cinquième, on vit apparaître quelques taches rosées lenticulaires. Le malade a succombé le dixième jour. L'intestin grêle offrait simultanément dans diverses parties de son étendue, les lésions variées qu'on y rencontre. Au dessus de la valvule iléo-cœcale dans l'étendue d'un mètre environ, on trouve des *plaques gaufrées* à fond très inégal, recouvertes d'une substance pultacée, d'une couleur jaune grisâtre, parsemées de petites saillies mamelonnées. Plus haut dans l'étendue d'un mètre également, on trouve des *plaques réticulées*, faisant saillie sur l'intestin, d'une couleur jaune, nullement déchiquetées et présentant à leur surface l'aspect d'un réseau. Au tiers moyen de l'intestin grêle, on rencontre enfin quelques plaques simplement hypertrophiées : les follicules isolés étaient altérés. Sur la surface du gros intestin existent de nombreuses ulcérations.

M. *Richard* fait remarquer la rareté de l'apparition des taches rosées lenticulaires au quatrième jour de la maladie. Les cas de ce genre sont très remarquables et ne sont pas en général précédés de phénomènes prodromiques.

26. M. *André* montre en outre une *cirrhose du foie* trouvée sur le cadavre d'un homme qui depuis trois mois éprouvait des vomissements noirâtres. La peau de ce malade était pâle, terreuse; jamais il n'y avait eu d'œdème ou d'anasarque, les urines ne contenaient ni dépôt salin, ni albumine. Cet homme a succombé il y a huit jours. Le foie a conservé son volume ordinaire, cependant il offre manifestement les lésions caractéristiques du deuxième degré de la cirrhose, la substance rouge a presque disparu, la jaune est au contraire beaucoup plus abondante que dans l'état normal. La consi-

stance de l'organe est augmentée. L'estomac sain ne présentait aucune trace d'exsudation sanguine; les vomissements noirâtres sanguinolents ont été attribués à une vomique, il existe en effet dans les poumons des tubercules et des cavernes, et dans l'intestin des ulcérations de même nature. La substance corticale des reins était jaunâtre et augmentée d'épaisseur.

M. *Richard*. La persistance du volume normal du foie dans un état de cirrhose aussi avancé est un fait exceptionnel qui peut rendre compte de l'absence d'ascite; en effet, lorsque le foie diminue de volume, les vaisseaux sont comprimés; de là, gêne dans la circulation sanguine et production d'une hydropisie. Mais lorsque le foie conserve son volume, il n'y a pas de compression vasculaire ni par conséquent d'hydropisie.

27. M. *Dufour* montre *des tubercules du cerveau et du calcanéum* trouvés chez un enfant scrofuleux, mort à l'hôpital des Enfants. Sur le même sujet on avait rencontré les tubercules dans la plupart des organes: dans les poumons, le thymus, les intestins, le calcanéum et le cerveau. — La partie postérieure du calcanéum présente du tubercule infiltré, dans un espace grand comme une pièce de 25 cent. La pièce ayant macéré quelque temps, il ne reste plus actuellement que des traces d'infiltration tuberculeuse au milieu d'un tissu osseux raréfié.

Le tubercule du cerveau apparaît sous la forme d'une petite tumeur siégeant dans l'hémisphère cérébral droit, et faisant saillie à sa face interne dans la scissure de la faux, en ce point la tumeur présente une surface lisse et opaque correspondant à une facette du même aspect.

M. *Deville* fait remarquer qu'en fendant la portion de dure-mère qui présente cette opacité, on constate que ce n'est qu'un épaissement, une hypertrophie avec induration de la membrane fibreuse.

M. *Broca*. J'ai vu deux fois l'infiltration réellement tuberculeuse des os, je ne la nie donc pas; mais sur la pièce qui nous est présentée, les caractères de la lésion ne sont pas assez bien conservés pour qu'on puisse l'admettre d'une manière certaine, il faut donc rester dans le doute relativement à la nature de l'altération du tissu osseux.

28. M. *Letixerant* met sous les yeux de la Société des *fractures multiples du bassin et du fémur trouvées sur une jeune fille de 15 ans tombée d'un sixième étage et morte à l'Hôtel-Dieu (service de M. Jobert)* :

1° Les os du pubis sont séparés sur la ligne médiane, c'est une sorte de luxation avec déchirure du cartilage unissant de l'amphyarthrose.

2° A droite et à gauche, on constate deux fractures des branches descendantes du pubis, et de chaque côté également deux fractures des branches horizontales, ces dernières s'étendent jusque dans les cavités cotyloïdes.

3° A droite, la symphyse sacro-iliaque présente une véritable diastase, une séparation complète des deux os; à gauche, cette symphyse est intacte, mais un peu plus en dedans sur la ligne des trous sacrés, il y a une véritable fracture du sacrum sans déplacement. Sur le cadavre, le membre inférieur droit était fortement tourné en dehors, celui du côté gauche au contraire avait conservé sa position normale.

4° Sur le fémur droit existe une fracture transversale au dessus des condyles, puis une autre qui sépare ces deux tubérosités osseuses. La fracture transversale a lieu dans la continuité de l'os et non au niveau de l'épiphyse; le périoste est décollé à une grande hauteur sur le fragment supérieur, et celui-ci poussé en bas et en arrière de l'articulation jusque dans le creux poplité. Les deux condyles étaient retenus en place par les ligaments croisés; la rotule nullement fracturée était retenue dans sa position normale par les fibres aponévrotiques qui la fixent aux parties environnantes.

On ne trouvait pas de fractures dans les autres parties du squelette; il existait un peu d'épanchement sanguin autour du cerveau.

Aucun renseignement précis n'a pu être recueilli sur la manière dont la chute avait eu lieu, la malade est morte immédiatement après son entrée à l'hôpital, nous avons supposé qu'elle était tombée sur le pied droit ce qui rend compte de la fracture de la cuisse et de la diastase de l'articulation sacro-iliaque droite, une ecchymose existait au niveau du fémur fracturé et de la symphyse du pubis, les

autres fractures ont été peut-être produits par cause directe.

M. Depaul. Une ecchymose n'est pas un signe certain de contusion, surtout lorsque comme dans le cas actuel, elles ne sont pas accompagnées d'érosion de la peau ; je crois plutôt à l'action d'une cause indirecte. La jeune fille a pu tomber sur les pieds ou les genoux, dès lors le bassin aura été pris entre deux forces : la résistance du sol agissant de bas en haut et le poids du corps de haut en bas. Toutes les lésions peuvent facilement s'expliquer ainsi :

M. Broca. A la partie supérieure de la facette articulaire de la rotule, il existe une érosion et une attrition du cartilage qui indique qu'une forte pression a été exercée dans ce point et qui peut porter à croire que la chute a eu lieu sur le genou.

M. Jarjavay. Les fractures du bassin peuvent reconnaître pour cause l'action de deux forces agissant en deux sens opposés, il existe déjà un exemple de fracture du bassin produite par ce mécanisme. La fracture du fémur n'est pas un décollement épiphysaire, lésion fort rare dont je ne connais qu'un exemple authentique et que je n'ai jamais pu produire artificiellement. Le fait que j'ai indiqué est celui d'une petite fille chez laquelle le fragment diaphysaire vint faire saillie à l'extérieur et nécessita la résection d'une portion de l'os.

29. **M. L. Blin** présente un *kyste hydatique* (?) du *cervelet*.

Une femme de 23 ans souffrait depuis le mois d'août 1850 de douleurs dans la région occipitale, sans aucun phénomène de paralysie. Le 5 mai, elle entra à l'Hôtel-Dieu (service de M. Heurteloup). Elle accusait à cette époque de la douleur de tête, de la difficulté de la marche sans cependant offrir de paralysie du mouvement ou du sentiment, des bourdonnements d'oreilles et des vomissements. La mort survint le 20 mai presque subitement. Dans la matinée de ce jour, début brusque d'un accablement profond avec pâleur de la face et contracture des extrémités ; à midi on vit apparaître un peu de cyanose qui persista jusqu'à la mort qui arriva à 2 heures. A l'autopsie, on trouva un kyste faisant saillie à la face supérieure du lobe gauche du cervelet, il était du volume d'une petite noix et contenait un liquide séreux tenant en suspension de petites masses

gélatineuses grosses comme des pois et arrondies qui nous ont paru être des hydatides.

30. M. Dubreuil présente les *voies atriennes d'une femme adulte morte de croup* à l'hôpital de Lourcine (service de M. Richet). Cette femme avait contracté trois ans auparavant des chancres multiples de l'entrée du vagin avec un écoulement blennorrhagique abondant. Des moyens simples de propreté firent disparaître ces accidents. Pendant deux ans, la santé demeura bonne ; elle eut dans cet intervalle deux enfants, le premier mourut 12 jours après sa naissance, le dernier 17 jours, celui-ci présentait aux extrémités surtout aux pieds des bulles distendues par une sérosité trouble, rougeâtre par places, probablement dues à un pemphigus syphilitique. Avant d'avoir contracté la syphilis, cette femme avait eu un enfant qui jouit encore d'une bonne santé. Au commencement de 1854, notre malade s'aperçut de taches nombreuses sur la peau, de douleurs dans les articulations, dans la tête. Ces symptômes se dissipèrent lentement sans aucun traitement spécifique. Deux mois plus tard, apparition d'un mal de gorge qui résista aux moyens de traitement purement émollients. Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, le mal de gorge durait depuis 3 mois, la santé générale était altérée, la teinte de la peau jaunâtre claire. On ne trouvait aucune lésion aux organes génitaux. La voix était rauque ; sur l'amygdale droite existait une petite ulcération caractéristique ; d'autres plus nombreuses se voyaient sur le pharynx, l'une d'elles atteignant le bord de l'épiglotte qu'on trouvait dur et échancré à gauche. On donna comme traitement, une pilule de proto-iodure de mercure et un gargarisme au sublimé. Dix jours plus tard, la malade fut prise tout à coup d'un accès de suffocation, la face était blématique, l'inspiration sifflante et la toux rauque. Une saignée fut pratiquée ; les accidents diminuerent graduellement pour reparaitre au bout de deux jours, on cautérisa le pharynx et on projeta par l'insufflation de l'air sur la partie supérieure des voies respiratoires. Des débris de pseudo-membranes parsemées de quelques stries sanguinolentes furent expulsés spontanément, le doigt introduit jusqu'à la partie supérieure du larynx détacha des lambeaux du même produit morbide. A

l'auscultation du larynx, on entendait un souffle bronchique, un bruit rauque et par moments comme un bruit de soupape. La respiration ne s'entendait pas dans toute la hauteur des poumons; mais uniquement dans la partie supérieure du gauche. Mort le 26. Dans chaque plèvre on rencontrait un verre environ d'une sérosité rousse. Le larynx était tapissé par une fausse membrane qui se continuait dans les grosses bronches jusqu'à l'éperon dichotomique des divisions de quatrième ordre. Cette fausse membrane, épaisse d'un millimètre $\frac{1}{2}$ dans le larynx, devenait de plus en plus mince à mesure qu'on pénétrait dans les bronches plus étroites, très adhérente dans le larynx et sur les cordes vocales, elle l'était beaucoup moins en bas.

31. M. Barth met sous les yeux de la Société une *oblitération du col de l'utérus avec distension de la cavité de cet organe*. Une femme âgée de 66 ans, est entrée l'année dernière à la Salpêtrière. Dix ans auparavant, elle avait subi une opération à l'hôpital S.-Louis probablement une opération pour une fistule vésico-vaginale. En touchant cette femme par le vagin, le doigt arrivait dans un cul-de-sac devant lequel on sentait un orifice. Des accidents graduellement croissant d'entérite chronique et de péritonite causèrent la mort. La cavité même de la vessie était intacte, la perte de substance de peu d'étendue ne semblait avoir intéressé que le col de l'organe; le vagin était court, interrompu par des brides, il était clos à deux centimètres du col; l'ouverture inférieure de l'utérus était oblitérée, la cavité même de l'organe distendue par un liquide mucoso-purulent. J'ai présenté, il y a peu de temps, dit M. Barth, un utérus dont le col était également oblitéré, mais dans ce cas, contrairement à celui que nous avons actuellement sous les yeux, la cavité avait considérablement diminué d'étendue.

M. Parmentier montre 3 pièces :

32. *La vessie et les reins d'un homme mort de pyélite avec hypertrophie de la muqueuse vésicale* dans le service de M. Cruveilhier (hosp. de la Charité). Un homme de 48 ans était entré en Juin 1848, pour une hématurie légère d'abord continue, puis revenant à des intervalles plus ou moins longs, le sang rendu par le ma-

lade, examiné par M. Rayet ne contenait aucune trace de cancer. En 1849, il rentra à la Charité et succomba en mai 1851. On trouva le rein gauche enflammé, vascularisation abondante sous la membrane interne du rein et de l'uretère. Le rein droit était complètement sain. La prostate était réduite à un petit volume. A la partie postérieure et un peu inférieure de la vessie, on trouvait une masse d'un blanc grisâtre assez ferme, bourgeonnant, et qui n'a présenté à M. Lebert aucun élément cancéreux, plusieurs trajets fistuleux pouvaient être suivis à travers cette masse jusque dans une masse dense, épaisse, située à la partie inférieure et postérieure de la vessie, englobant les vésicules séminales qu'on ne pouvait séparer. La vessie était adhérente dans toute son étendue avec les parties environnantes; en avant elle était fixée intimement au pubis. Le poumon était farci de tubercules.

M. Lebert. J'ai examiné la pièce qui vient de vous être présentée; je n'y ai pas trouvé de traces de cancer, mais uniquement une hypertrophie des éléments normaux de la membrane muqueuse.

33. Une *hernie graisseuse ombilicale*, passant par l'anneau, trouvée à l'autopsie d'une femme de 50 ans, morte de pneumonie.

34. Un *prolapsus* de la matrice hors des voies génitales, existant depuis 18 ans, chez une femme de plus de 50 ans: l'utérus volumineux pendait hors des cuisses, entraînant avec lui une partie de la vessie; le col était oblitéré.

35. M. Sainet présente une *rupture de l'artère coronaire de l'estomac par un ulcère chronique* ayant occasionné la mort par hématomésc. Une femme de 74 ans, entra le 24 mai à l'hôpital de la Pitié (service de M. Serres, suppléé par M. Becquerel). Elle n'accusait qu'un peu de toux existant depuis plusieurs jours. Le soir même de l'entrée, elle est atteinte de vomissements de sang très abondant, sang noirâtre coagulé en partie et présentant par places des morceaux de fibrine molle; le deuxième jour le vomissement sanguin reparut. La mort survint trois jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. L'estomac ne contenait pas de sang; au niveau de la petite courbure, à environ un pouce du pylore existait une ulcération à

fond grisâtre, dense, les bords d'un blanc grisâtre également, fermes non décollés ; le tissu constituant le fond, d'apparence fibreuse offrait à son centre une saillie sur laquelle existaient deux orifices ouverts qui furent trouvés être dus à l'ulcération de l'artère coronaire. Aucune concrétion n'existait dans leur épaisseur. Non loin de cet ulcère, on rencontrait deux taches d'un bleu grisâtre nullement rayonnées, un peu affaissées, la muqueuse à ce niveau n'était pas mobile sur le tissu cellulaire sous-jacent. L'aorte surtout à la crosse était parsemée de nombreuses plaques calcaires, dont plusieurs avaient ulcéré la membrane interne.

M. Dufour met sous les yeux de la Société :

36. Un ramollissement gélatiniforme cadavérique de l'estomac.

37. Une carie vertébrale trouvée à l'autopsie d'un enfant mort de rougeole compliquée de pneumonie à l'hôpital des Enfants (service de M. Bouneau). Le début de la maladie du rachis remontait à deux ans ; l'enfant ayant conservé le mouvement et le sentiment intacts aux membres supérieurs et inférieurs, marchait incliné. Une convexité marquée existait à la partie inférieure des lombes. Un trajet fistuleux s'était ouvert au devant du muscle droit interne de la cuisse droite. On trouva à l'autopsie une destruction presque complète de la dernière vertèbre lombaire, représentée par un petit sequestre nageant au milieu du pus : la quatrième lombaire et la première sacrée étaient partiellement nécrosées dans la partie de leur corps qui était en rapport avec la cinquième vertèbre lombaire. Les nerfs intacts étaient placés au milieu du pus. La moelle était saine. Une grande quantité de pus était infiltrée dans le psoas droit, dans le gauche également et au devant du sacrum, remontant dans les deux muscles affectés, au dessus du niveau de la lésion du sacrum.

38. M. Broca présente d'abord une ancienne fracture de l'olécrâne trouvée dans les pavillons d'anatomie, sur le cadavre d'une femme d'environ 60 ans. Cette fracture existe à la base de l'apophyse. Ici, les fragments ne sont pas restés au contact, il y a un cal fibreux long de 3 centimètres, avec quelques points de production osseuse dans son intérieur. Ce cal fibreux n'est pas constitué par un seul ruban uniforme étendu d'une portion osseuse à l'autre, mais

par des brides laissant entr'elles des espèces de lacunes. Le point le plus intéressant de cette présentation, c'est qu'une arthrite sèche a été la conséquence de la fracture. On retrouve en effet, des paquets de franges synoviales et des érosions de cartilages. Chose remarquable, l'altération des cartilages porte principalement sur les points qui supportent les moindres pressions, et notamment sur cette arête antéro-postérieure qui sépare sur l'humérus la petite tête humérale de la trochlée.

M. Deville. L'arthrite sèche pouvait exister avant la fracture, rien ne prouve qu'elle soit consécutive. Je suis porté à croire, au contraire que cette affection a été la cause prédisposante de la fracture, à cause de la raréfaction du tissu osseux qui accompagne ses premières périodes.

M. Broca. Les détails dans lesquels je vais entrer tout à l'heure à l'occasion d'une autre présentation me fourniront, j'en suis convaincu, les moyens de répondre à l'objection de M. Deville. Ainsi, j'ai constaté que toujours la lésion cartilagineuse manifestée par l'apparence de velours d'Utrecht était précédée par le développement considérable des cavités microscopiques du cartilage. Or, sur cette pièce les cavités cartilagineuses commencent à se développer, mais sont encore petites, presque de la grandeur ordinaire. J'ai donc au moins de fortes présomptions en faveur de l'apparition peu ancienne de l'arthrite sèche.

M. Denucé revient sur la forme du cal fibreux composé de brides entrecroisées et laissant des lacunes entr'elles. J'ai vu, dit-il, l'année dernière un cas dans lequel l'existence d'un pareil cal a déterminé non pas une arthrite sèche, mais une arthrite aiguë qui a entraîné la mort du sujet.

C'était un malade du service de M. Michon qui était entré pour une inflammation suppurée de la bourse muqueuse pré-rotulienne. Cet homme avait eu deux années auparavant une fracture de rotule dont la réunion s'était faite par un cal fibreux assez étendu. Le pus sécrété par la bourse muqueuse a fusé entre les brides du cal fibreux et a fait irruption dans la cavité articulaire. La communication entre

Particulation et l'abcès superficiel a été constatée par l'autopsie.

39. Avant de présenter ses autres pièces pathologiques, M. Broca démontre sur plusieurs pièces normales, un point relatif à l'anatomie de la rotule.

On a décrit avec beaucoup de soin, dit-il, les deux crêtes verticales qui divisent en 3 facettes la face postérieure de la rotule ; il existe une troisième crête perpendiculaire aux précédentes, qui divise cette face en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure. Cette crête horizontale, inégalement développée sur les différents sujets, est très marquée chez les individus qui se tiennent debout dans l'exercice de leur profession ; elle est située à l'union du quart inférieur avec les $\frac{3}{4}$ supérieurs de la surface cartilagineuse. Sur les pièces que je vous présente, on peut voir quelle est la raison d'être de ces facettes supérieures et inférieures. Lorsqu'on place le genou dans l'extension, les $\frac{3}{4}$ supérieurs de la rotule, débordant en haut la trochlée fémorale, cessent d'être en rapport direct avec le fémur ; le quart inférieur seul coïncide encore avec la surface cartilagineuse opposée. C'est précisément au dessus de ce quart inférieur qu'existe la crête horizontale du cartilage, et on conçoit ainsi l'influence qu'exerce la profession des individus sur cette disposition anatomique.

40. Ce petit point d'anatomie, continue M. Broca, se rattache directement à certaines lésions de l'arthrite sèche. — Il arrive souvent que l'altération des cartilages est exactement limitée par la crête horizontale. Voici par exemple un genou sur lequel la facette inférieure est parfaitement saine, tandis que la facette supérieure, en totalité, est décomposée en filaments velvétiques. La différence des conditions physiologiques dans lesquelles se trouvent les deux parties de la rotule, rend compte de ce fait qui est assez fréquent. — On ne saurait nier, par conséquent, l'influence qu'exercent les pressions mécaniques sur la nutrition des cartilages ; mais en quoi consiste cette influence ? La pression des surfaces cartilagineuses opposées est-elle de nature à favoriser leur altération ? Je pense que c'est le contraire qui a lieu. Dans le cas actuel, le malade n'ayant pas été

observé pendant la vie, on ne peut savoir si le genou était habituellement dans la flexion ou dans l'extension. Mais j'ai vu beaucoup de faits qui prouvent que certaines altérations des cartilages débutent par les points qui ne reçoivent pas de pression. — Ainsi, par exemple, sur un individu qui portait une rétraction du genou, j'ai trouvé l'altération velvétique sur la facette inférieure de la rotule, tandis que la facette supérieure, qui était en contact avec la trochlée fémorale, avait conservé son intégrité. — Sur le moignon d'un individu qui avait subi autrefois l'amputation au lieu d'élection et qui avait marché avec une jambe de bois, le genou était depuis longtemps fléchi et les cartilages, sur les trois surfaces articulaires, étaient altérés dans tous les points qui ne subissaient plus de pressions réciproques (*Voy. Bulletins de 1848, p. 200*). Sur un autre genou qui nous a été présenté par M. Gubler, je vous ai fait remarquer un phénomène analogue (*Bull. 1848, p. 92 et 93*). Enfin quelque chose de semblable existe encore sur la pièce de fracture de l'olécrâne que je vous ai présentée il n'y a qu'un instant. Ces faits prouvent, une fois de plus, que les altérations du cartilage ne sont point dues à des usures mécaniques, et qu'une pression *modérée* est nécessaire pour la nutrition régulière des couches diarthrodiales.

41. M. Broca présente une dernière pièce sur laquelle le *cartilage d'encroûtement* est nécrosé en deux points et ossifié dans un autre endroit. C'est la tête de l'humérus d'une femme âgée d'environ 70 ans. L'articulation est le siège d'une arthrite sèche très avancée. La synoviale présente des fongosités et des franges; le tissu osseux est très raréfié; il existe même, au centre de la tête de l'humérus, une cavité grosse comme une cerise et pleine d'un suc huileux.

Au centre de la tête humérale, le cartilage, examiné à l'œil nu paraît normal. mais sur la coupe on voit qu'il est épaissi, et au microscope, à côté de quelques cavités normales, on en trouve un grand nombre qui sont très développées, ovoïdes, longues de 0,08, larges de 0,06, et contenant jusqu'à 10 ou 12 noyaux. De plus, en raclant partout la surface du cartilage ou celle de la synoviale, on extrait des cellules d'épithélium et un grand nombre de petits cristaux prismatiques et triangulaires, qui ont jusqu'à 1710^e de millimètre de

long. Ainsi que le présentateur s'en est assuré bien des fois, la présence de ces cristaux, simplement déposés à la surface interne de l'articulation, est très commune dans l'arthrite sèche.

Cela posé, continue M. Broca, il existe dans le voisinage du trochiter, à 3 millimètres environ du bord du cartilage, deux petits séquestres cartilagineux complètement libres qui coïncident exactement avec les cavités d'où ils ont été détachés.

L'un de ces séquestres a à peu près le volume d'une lentille; il est irrégulièrement quadrilatère, et sa surface arrive exactement jusqu'au niveau du cartilage environnant. — L'autre séquestre long de 1 centimètre, large de 1 millimètre, occupe le fond d'une rigole étroite et profonde, qui va en s'élargissant à mesure qu'elle se rapproche de la face adhérente du cartilage; on aperçoit dans le fond de cette rigole le séquestre qu'on fait mouvoir aisément avec la pointe d'une épingle, mais qu'on ne peut retirer complètement parce qu'il est plus large dans quelques-unes de ses parties que l'ouverture de la rigole.

La situation de ce dernier séquestre qui est littéralement invaginé, et comparable au séquestre central des os, ne permet pas de se demander si la séparation de ces fragments de cartilage n'aurait pas été la conséquence d'une contusion de l'articulation. De toute nécessité il faut qu'il y ait eu là un véritable travail d'élimination.

L'examen microscopique a mis ce fait hors de doute, en démontrant des lésions de structure dans le tissu des parties nécrosées. En faisant saillir à l'extérieur, à l'aide d'une aiguille, une partie du séquestre invaginé, j'ai pu en exciser un petit fragment que j'ai placé sous le microscope. Voici le dessin de ce que j'y ai trouvé : 1° De grandes cavités cartilagineuses très irrégulières, longues de 0, 12; larges de 0, 08; les unes pleines de graisse ou de matière grenue, les autres renfermant encore quelques noyaux informes. Cette altération aurait pu se produire après l'élimination du séquestre; 2° des touffes de tissu fibreux, très irrégulièrement disposées. C'est là la preuve incontestable que le cartilage était malade depuis longtemps lorsqu'il a été mortifié.

Je n'ai pu étudier le cartilage encore vivant qui entoure le séquestre invaginé; mais autour du séquestre libre, j'ai trouvé : 1° des cavités cartilagineuses agrandies, contenant jusqu'à 10 et 15 noyaux, 2° un peu de tissu fibreux et beaucoup de matières grenues dans la gangue. Enfin, le fond de la perte de substance qui résulte de l'élimination du séquestre, n'est constitué ni par l'os, ni par le cartilage, mais par une couche épaisse de 1 millimètre et formée de tissu fibreux sans mélange.

Voici donc un nouvel exemple de mortification spontanée du tissu cartilagineux articulaire. — En quoi consiste la maladie qui produit cette lésion ? De quelle nature est ce travail d'élimination ? Jusqu'à quel point se rapproche-t-il de la séparation des eschares dans les parties vasculaires ? C'est ce qu'il est bien difficile de déterminer avec les éléments dont nous disposons.

Indépendamment de ces deux nécroses, le cartilage de la même tête humérale présente plusieurs autres lésions. En certains points il a subi l'altération velvétique. — Plus loin, il est le siège d'érosions plus ou moins profondes. — Enfin, et surtout, il existe, près des bords, plusieurs petites places au niveau desquelles le cartilage diarthrodial a été envahi par l'ossification.

Ces petites places sont indiquées par des taches d'un jaune blanchâtre; la surface du cartilage, à ce niveau, n'est ni saillante ni déprimée. Autour des taches, le microscope ne découvre d'autre lésion de structure que l'existence d'un peu de tissu fibreux dans la gangue du cartilage.

Mais au niveau des taches, la substance du cartilage est devenue plus dure, plus opaque; elle se laisse aisément entamer par le scalpel; et voici le dessin de ce que j'y ai trouvé au microscope :

La gangue du cartilage est parcourue par quelques touffes de tissu fibreux. Sur une tranche mince, on aperçoit de loin en loin des trous, parfaitement ronds, larges de 1/10 de millim. ; autour de ces trous, les cavités du cartilage sont disposées en séries concentriques, comme les corpuscules osseux autour des canalicules; la ressemblance, comme vous pouvez le voir, est frappante.

Mais voici le point le plus remarquable : Parmi ces cavités du cartilage, il en est un grand nombre qui sont tout à fait normales, transparentes contenant un à deux corpuscules cartilagineux; les autres sont opaques, moins régulières, un peu allongées, reliées à leurs voisines par de petites lignes noirâtres, absolument comme cela a lieu pour les corpuscules osseux. Afin de rendre l'examen plus complet, j'ai ajouté une goutte d'acide chlorhydrique; au bout d'une à deux minutes, il s'est produit un dégagement de gaz; les bulles sortaient précisément au niveau des cavités opaques; en lavant alors la préparation et l'examinant de nouveau, j'ai vu qu'elle était devenue complètement transparente.

J'ai répété plusieurs fois cette expérience; je l'ai montrée à M. Robin, et nous croyons pouvoir affirmer l'un et l'autre qu'il s'agit réellement d'une ossification des cartilages diarthrodiaux.

Ce n'est pas la première fois que je rencontre cette ossification. Elle n'est point rare dans l'arthrite sèche, et je vous en ai déjà montré un exemple l'année dernière (Voy. Bull. 1850. p. 241 et 248).

Ce qu'il y a de plus singulier, c'est la formation de canalicules osseux avant l'apparition des vaisseaux.

42. M. Verneuil, à l'appui de la dernière présentation de M. Broca, montre une tête d'humérus sur laquelle on aperçoit une ossification étendue du cartilage diarthrodial.

Considérée à l'extérieur, cette tête offre à son centre dans une étendue d'environ deux centimètres carrés de petites végétations mamelonnées, irrégulières, très dures, manifestement constituées par du tissu osseux. Cette substance osseuse, de formation nouvelle, se continue très nettement de tous côtés avec la couche cartilagineuse environnante. — Une coupe verticale montre qu'il y a eu véritable ossification du cartilage diarthrodial. — On aperçoit, au niveau ordinaire, la couche mince de tissu compacte parfaitement régulière, partout continue à elle-même, qui limite à l'état normal, sous le cartilage, la substance spongieuse de la tête de l'humérus. — Au dessus de cette couche compacte, dans la plus grande partie de la surface de l'os, on trouve une couche cartilagineuse qui ne semble

pas altérée ; mais, au niveau des végétations osseuses précédemment indiquées, cette couche compacte est recouverte par de la substance osseuse spongieuse qui lui adhère, mais qui en est complètement distincte. Cette substance surajoutée se continue insensiblement de toutes parts avec la couche cartilagineuse, et il semble évident sur cette pièce, que, dans une étendue de deux centimètres environ le tissu cartilagineux diarthrodial s'est réellement ossifié.

43. M. Broca présente ensuite une série de pièces sur lesquelles il a constaté plusieurs sortes d'altérations des cartilages articulaires.

En premier lieu, une rotule qui a été prise sur le cadavre d'une femme adulte. Chez cette femme, tous les muscles du tronc, des bras et des cuisses étaient complètement graisseux ; quelques muscles de la jambe commençaient également à subir cette altération. Ceux des pieds étaient parfaitement sains.—Il n'y avait du reste aucune déviation des pieds, ce qui cadre très bien avec les observations que je vous ai soumises, il y a quelques semaines (Voy. Bull. 1881, p. 50), car l'altération graisseuse ayant débuté par l'extrémité supérieure des membres, la station et la marche étaient devenues impossibles au moment où la maladie a atteint quelques muscles de la jambe. — Je n'en dirai pas davantage sur ce cas intéressant, M. Béraud, à qui l'observation actuelle appartient se réservant de la publier in extenso.— Je me contenterai de vous montrer l'une des rotules de cette femme.

Les deux genoux étaient depuis longtemps immobiles dans l'extension. Les rotules ne touchaient le fémur que par le quart inférieur de leurs surfaces articulaires, c'est-à-dire par leur facette inférieure (voy. p. 164). J'ai saisi cette occasion d'étudier l'influence des pressions réciproques sur la nutrition des cartilages, influence sur laquelle j'ai déjà appelé votre attention (voy. p. 165).

A l'œil nu, vous pouvez voir que toute la surface cartilagineuse de la rotule a conservé son poli ; mais, au dessous de la crête horizontale, le tissu cartilagineux possède cette teinte opaline, comme demi-transparente qui constitue son apparence normale ; au dessus au contraire, la teinte est d'un blanc nacré tout à fait opaque, qui rappelle l'aspect des tendons. Au microscope, je n'ai trouvé que du

cartilage pur dans toute l'étendue de la facette inférieure; au contraire j'ai trouvé du tissu fibreux dans la gangue du cartilage qui recouvre les 31⁴ supérieurs de la rotule.

Cet tissu fibreux offre une situation très remarquable. Il constitue presque exclusivement la couche superficielle; à un millimètre de la surface on n'en trouve plus que fort peu; dans les couches profondes, il n'y a que du cartilage normal. Le reste de l'articulation paraît sain.

Ainsi donc : 1° formation de tissu fibreux dans la gangue du cartilage, sous la seule influence de l'immobilité et du défaut de pression; 2° début de cette affection par la surface du cartilage, sans aucun concours direct de vaisseaux, tels sont les deux points que démontre cette première pièce.

44. La pièce suivante est la tête de l'humérus gauche d'un homme âgé d'environ 60 ans. Plusieurs articulations étaient atteintes d'arthrite sèche, à divers degrés.

L'articulation de l'épaule gauche offre quelques fongosités de la synoviale et quelques dépressions du tissu osseux sur le col anatomique, indices de résorptions intérieures.

Dans une étendue de deux centimètres, non loin du trochiter, le bord du cartilage est très irrégulièrement sinueux. — Par suite de la destruction d'une partie du cartilage, ce bord empiète d'environ 4 millimètres sur la surface qu'occupait primitivement la couche diarthrodiale.

Le bord du cartilage semble taillé à l'emporte-pièce. Le fond de cette perte de substance est constitué par une membrane excessivement rouge, qui, par son extrême vascularité contraste avec la pâleur de la portion adjacente de la synoviale avec laquelle elle se continue. Avec une forte loupe, on aperçoit d'innombrables anses vasculaires recourbées et entrelacées qui proviennent pour la plupart des vaisseaux de l'os subjacent. Ces anses vasculaires viennent très régulièrement et très exactement s'arrêter sur les limites de la perte de substance du cartilage.

En haut, vers le trochiter, à 3 millimètres du bord actuel du cartilage, existe une autre perte de substance, à bords taillés à pic,

elliptique, longue de 8 millim., large de 4; cette perte de substance est environnée de toutes parts par le tissu cartilagineux, qui n'a rien perdu de son épaisseur; son fond est occupé par une membrane très vasculaire, rouge surtout près des bords, en tout semblable à celle que je viens de décrire, et dont les vaisseaux ne peuvent évidemment provenir ici que de l'os subjacent.

Autour de ces pertes de substance, la couche cartilagineuse, vue à l'œil nu, paraît normale; on n'y aperçoit notamment aucune membrane accidentelle provenant de la synoviale; elle ne renferme dans son épaisseur aucune trace de vaisseaux.

Mais sous le microscope, dans la couche la plus superficielle, on trouve du tissu fibreux entrecroisé, et des cavités presque sphériques distendues par de la graisse, ayant de 0,05 à 0,10 de diamètre. Quelques-unes renferment en outre de la matière grenue; aucune ne présente de véritables noyaux. — Un peu plus profondément, il n'y a plus de tissu fibreux; les cavités sont un peu moins grandes (0,03 à 0,06), distendues encore par de la graisse, mais beaucoup d'entre elles renferment de plus un à deux corpuscules de cartilages. Enfin, dans la profondeur, jusqu'au contact de l'os, le cartilage reprend sa structure normale. En faisant courir sous le microscope une mince tranche oblique de cartilage, on voit que le passage de l'état normal à l'état pathologique s'effectue insensiblement de la profondeur vers la surface, et que les grandes cavités superficielles ne sont autre chose que les cavités cartilagineuses primitives, distendues par de la graisse.

Au centre de la tête de l'humérus, le cartilage est sain dans toute son épaisseur.

Il est difficile d'appliquer une dénomination exacte à cette forme particulière de destruction des cartilages. Le premier mot qui se présente est celui d'*ulcère*. Mais d'abord ce mot a été appliqué par les Anglais à des lésions articulaires qui n'ont aucune analogie avec celle-ci. Ensuite le travail ulcératif, tel qu'il se passe dans les parties molles, suppose l'intervention directe des vaisseaux de la partie ulcérée. Ici, le tissu cartilagineux n'a point été vascularisé; il a été

simplement résorbé, suivant un mécanisme inconnu, par les vaisseaux de l'os subjacent. Je propose donc de désigner cette lésion sous le nom de *absorption ulcéroïde* des cartilages diarthroïaux. Elle paraît faire partie du cortège de l'arthrite sèche; elle coïncide avec des résorptions intérieures du tissu spongieux de l'os; son accroissement paraît dû à ces anses vasculaires innombrables qui se recroisent si exactement sur les bords taillés à pic de la perte de substance. Si l'absorption ulcéroïde ne débutait que par les bords du cartilage, on pourrait penser que tel est, dès le début, le mécanisme de sa production. Cependant, cela ne suffit pas pour expliquer la formation de la perte de substance centrale. Le cartilage a dû nécessairement commencer par être perforé; cette perforation première paraît avoir été effectuée par les vaisseaux de l'os subjacent; mais il reste un fait singulier qui est en contradiction avec cette hypothèse: le cartilage est d'autant plus altéré qu'on le considère plus près de sa surface; au contact de l'os, il est tout à fait sain. C'est là un point obscur qui ne pourra être éclairci que par de nouvelles recherches.

En résumé, cette pièce établit 1° un nouveau mode de destruction des cartilages, l'*absorption ulcéroïde*; 2° l'altération des couches superficielles, les couches profondes restant normales; 3° la destruction des corpuscules propres du cartilage, et le dépôt, dans les cavités cartilagineuses, d'une matière grasse qui les distend outre mesure; 4° la formation de tissu fibreux dans la gangue cartilagineuse; 5° enfin, toutes ces lésions existent près du bord de la surface articulaire, dans le voisinage du trochiter, dans une partie qui n'arrive au contact de la cavité glénoïde qu'à la fin des mouvements extrêmes, et qui par conséquent n'est que rarement soumise à la pression réciproque.

45. M. Broca présente ensuite le genou droit du même individu. Cette articulation est encore atteinte d'arthrite sèche. Le cartilage de la rotule et celui de la trochlée fémorale sont le siège de cette décomposition en forme de velours, qui a été désignée par Redfern sous le nom d'altération *velvétique*. Au centre des surfaces articulaires du tibia, cette décomposition n'existe pas encore, mais elle

paraît imminente. La surface du cartilage au premier abord semble assez lisse ; en la regardant de près , on mieux à la loupe, on voit qu'elle présente une multitude de petites saillies mamelonnées.

Dans les petites bandelettes qui résultent de la décomposition du cartilage de la rotule, le microscope a démontré du tissu fibreux et d'énormes cavités elliptiques , renfermant jusqu'à 10 et 15 noyaux de cartilage, et offrant jusqu'à 0,25 de longueur. — Ce résultat est tout à fait conforme à ceux qui ont été publiés par Redfern.

Sur le tibia, le cartilage ne renferme pas de tissu fibreux. — Les couches profondes de ce cartilage sont normales ; mais à mesure qu'on se rapproche de la surface , on voit les cavités s'agrandir , en même temps que leurs noyaux deviennent plus nombreux, et qu'une matière grenue se dépose dans leur intérieur. En se développant ainsi dans toutes leurs dimensions, ces cavités rencontrent souvent des cavités voisines, avec lesquelles elles se mettent en communication , et cette fusion donne lieu à des cavités très considérables , qui ont jusqu'à 0,08 de large, sur 0,15 de long. Enfin, au niveau des petites saillies mamelonnées de la surface, le développement des cavités est tel que la gâgne amorphe du cartilage constitue à peine le tiers de l'étendue des tranches que l'on pratique. Ainsi s'expliquent à la fois l'épaississement et le ramollissement qui se manifestent dans les cartilages avant leur décomposition velvétique. Ici encore l'altération paraît débiter par la surface.

46. M. Broca montre enfin une dernière pièce sur laquelle on constate à la fois le début de l'altération velvétique, le début et la terminaison de l'absorption ulcéroïde.

C'est la tête de l'humérus gauche d'un homme âgé d'environ 45 ans. L'os et la synoviale présentent les lésions de l'arthrite sèche.

En regardant de près, on voit que le cartilage se présente sous deux aspects différents. Une ligne très régulière, courbe, présentant sa concavité vers le bord du cartilage et aboutissant à ce bord par ses deux extrémités, établit brusquement la séparation entre ces deux aspects. Cette ligne de démarcation est longue de près de 3 centimètres, et s'éloigne de plus d'un centimètre, à sa partie moyenne, du

bord du cartilage. Elle divise ainsi la surface articulaire de l'humérus en deux parties : l'une que j'appellerai marginale, comprise dans la concavité de la ligue courbe; l'autre que j'appellerai centrale, constituant tout le reste de la surface diarthrodiale. — Il est bon de remarquer que la portion marginale est située dans le voisinage du trochiter, là où la pression réciproque ne s'effectue que rarement, comme je l'ai déjà dit.

Cela posé, la portion centrale est très légèrement dépolie, et offre exactement le même aspect mamelonné que le cartilage du tibia précédent; au microscope, dans tous les points de cette portion centrale, j'ai trouvé rigoureusement les altérations que je viens de décrire comme précédant la décomposition velvétique.

La portion marginale au contraire présente une surface parfaitement lisse, d'un blanc nacré; elle possède une consistance considérable, et surtout elle est moins épaisse que la portion centrale, laquelle se détache brusquement en relief au niveau de la ligne de démarcation. Il m'a paru que cette différence de niveau était due à l'épaississement de la portion centrale, et non point à l'amincissement de la portion marginale.

Le bord synovial de la portion marginale présente deux échancreurs larges et profondes; entre ces deux golfes on voit une espèce de presqu'île cartilagineuse large et arrondie dont la partie culminante indique le niveau du bord primitif du cartilage. Les deux échancreurs indiquent par conséquent qu'il y a eu là une destruction très étendue de la couche diarthrodiale. Du reste, à la place du cartilage absorbé, on trouve une membrane cellulo-fibreuse mince, peu vasculaire, continue avec la synoviale, et venant mourir, à la manière d'une synoviale ordinaire, sur les bords du cartilage respecté.

Au centre de la presqu'île, existe un petit trou rond, large de 4 millimètre, à bords taillés à pic, à fond rouge. C'est là manifestement, en petit, ce que j'ai désigné sous le nom d'absorption-ulcéroïde.

Au microscope, cette portion marginale m'a montré 1° à la sur-

face, une couche de tissu fibreux pur ; 2° dans la couche suivante, du tissu fibreux mêlé aux éléments du cartilage ; 3° dans les couches les plus profondes du cartilage pur. — Or, abstraction faite du dépôt de graisse dans les cavités, dépôt qui manque ici, c'est exactement ce que j'ai trouvé autour des absorptions ulcéroïdes de mon avant-dernière pièce. — L'absorption ulcéroïde est évidente au centre de la presque-île ; je crois donc pouvoir attribuer les profondes et larges échancrures que présente le bord du cartilage, à une absorption ulcéroïde ancienne, aujourd'hui guérie. Les bords de la perte de substance se sont affaissés, et la membrane si rouge qui en constituait le fond, devenue moins vasculaire, paraît n'être plus qu'un prolongement de la synoviale.

Sur cette tête humérale, il y a par conséquent deux lésions différentes :

D'une part, dans les points qui ne reçoivent que rarement les pressions réciproques, il y a absorption ulcéroïde et apparition de tissu fibreux accidentel ;

D'autre part, sur les points qui supportent ces pressions dans les mouvements ordinaires de l'articulation, il y a épaissement, aspect mamelonné, et ramollissement des cartilages, ce qui est le premier degré de l'altération velvétique.

De telle sorte que les cartilages dont on a pendant longtemps nié la vitalité, ont maintenant une pathologie aussi riche que les tissus vasculaires :

- 1° Leurs solutions de continuité peuvent se cicatriser ;
- 2° Ils peuvent s'amincir tantôt par l'absorption de leurs couches profondes, tantôt par la disparition de leurs couches superficielles ;
- 3° Ils peuvent au contraire s'épaissir d'abord, puis se ramollir et subir la décomposition velvétique ;
- 4° Ils sont susceptibles de s'ossifier, même dans une grande étendue ;
- 5° Ils peuvent être frappés de mort, sans ossification préalable, et il s'établit alors un véritable travail d'élimination autour des séquestres cartilagineux ;

6. Enfin, ils peuvent disparaître par absorption ulcéroïde, en laissant des pertes de substances susceptibles de guérison.

Voilà pour les phénomènes pathologiques qui altèrent l'aspect extérieur des cartilages ; quant aux lésions intérieures de texture, elles sont nombreuses aussi. Ce sont 1° L'accroissement indéfini des cavités avec multiplication des noyaux ; 2° la fusion de cavités voisines ; 3° la disparition des noyaux ; 4° le dépôt de granules ou de matière grasse dans les cavités distendues ; 5° le dépôt de substances calcaires, et notamment de carbonate de chaux dans les cavités du cartilage, phénomène qui constitue le début de l'ossification ; 6° l'organisation d'un tissu fibreux accidentel qui se combine à la gague du cartilage.

M. *Houel* demande s'il y a quelques relations de cause à effet entre l'altération fibreuse des cartilages, et le développement exagéré des cavités ; et si, en particulier, dans la décomposition en velours d'Utrecht, la direction des fibres du tissu fibreux accidentel influe sur la direction des filaments velvétiques.

M. *Broca*. J'ai vu l'altération fibreuse isolée, sans accroissement des cavités ; j'ai vu l'inverse également ; enfin j'ai vu les deux lésions coïncider plusieurs fois. — Quant à la direction des fibres du tissu fibreux accidentel, voici ce que je puis ajouter.

Tantôt ces fibres sont parallèles à la surface des cartilages, et entrecroisées en divers sens ; alors elles n'existent en général que dans une couche superficielle assez mince. Cela se produit volontiers dans les points soustraits aux pressions ; en tous cas, l'altération velvétique n'en est jamais la conséquence.

Tantôt, au contraire, les fibres du tissu fibreux sont plus ou moins rapprochées d'être perpendiculaires à la surface diarthrodiale ; en pareil cas, il y a toujours élargissement des cavités, et diminution de la consistance propre du cartilage. Par les progrès de l'affection cette consistance devient de plus en plus faible, excepté dans les points que renforce le tissu fibreux accidentel ; voilà pourquoi le cartilage se décompose en petites bandes ou en petits filaments qui sont parallèles à la direction de ce tissu fibreux et qui vont comme lui s'implanter sur l'os.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXVI^e ANNÉE

BULLETIN N° 6. JUIN 1851.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE.

A. Extrait des procès verbaux des séances de la société.

1. Tumeurs sous-synoviales du jarret. — 2. Arthrite sèche. — 3. Fracture complexe de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. Cicatrisation des cartilages, ossification des cartilages articulaires. — 4. Consolidation d'une fracture de cartilage costal. — 5. Nécrose des cartilages articulaires. — 6. Arthrite sèche. — 7. Tumeur fibreuse avec concrétions calcaires et cancer de l'utérus. — 8. Calculs biliaires. — 9. Nécrose tuberculeuse (?) du fémur. — 10. Œuf humain, dissolution du fœtus. — 11. Hydrocèle de la tunique vaginale avec hernie inguinale. — 12. Tumeurs fibreuses de l'utérus avec concrétions calcaires rejetées par le vagin. — 13. Modifications que subissent le testicule, l'épididyme et le canal déférent quand la glande séminale est retenue à l'anneau. — 14. Hypertrophie mammaire partielle. — 15. Tumeur érectile sous-cutanée du scrotum. — 16. Hypertrophie partielle de la mamelle chez une chienne. — 17. Concrétion calcaire dans le corps thyroïde. — 18. Tumeur cancéreuse développée sous la paroi abdominale. — 19. Ulcère non cancéreux du vagin et du col de l'utérus. — 20. Phlébite des sinus de la dure-mère. — 21. Anévrysme de l'aorte. — 22. Doigt surnuméraire. — 23. Périostite avec ostéomyélite. — 24. Tumeur épithéliale du larynx. — 25. Oblitération du canal de l'urètre avec fistules périnéales. — 26. Kystes multiples de la mamelle. — 27. Déchirure du foie, énucléation des branches des veines sushépatiques. — 28. Arthrite sèche du coude. — 29. Fracture du condyle huméral, arthrite sèche, corps étrangers articulaires. — 30. Luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière. — 31. Arthrite sèche. — 32. Pertes de substance du cartilage d'une rotule. — 33. Tumeur ossiforme de la glande thyroïde. — 34. Tumeur sanguine du rein. — 35. Cancer de l'estomac.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.***PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.**

1. M. Broca présente le jarret d'un vieillard âgé d'environ 70 ans, livré aux dissections dans les pavillons de la Faculté.

Il existe, dans le fond du creux poplité, au contact immédiat de l'articulation, deux tumeurs à contours arrondis, bosselées, et passablement résistantes. L'une d'elles, supérieure, a deux centimètres de diamètre ; elle est située en dehors de l'insertion du jumeau interne, elle adhère par sa face profonde, dans une petite étendue, à la partie supérieure de la demi-capsule condylienne interne. La seconde, inférieure, à 3 cent. de diam. Elle est recouverte par le muscle jumeau externe. En dehors, elle arrive jusqu'au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure ; en dedans, elle s'étend jusqu'à la ligne médiane de l'articulation ; enfin, par sa face profonde, elle adhère à cette partie du ligament postérieur qui se confond avec le tendon du poplité.

Ces deux tumeurs, limitées par une membrane fibreuse et lisse sur ses deux faces, sont fortement distendues par une matière demi-transparente, gélatiniforme, d'une couleur légèrement jaunâtre qui rappelle celle du sucre d'orge. Sous le microscope, on y trouve de petits globules homogènes, uniformes, elliptiques, longs de 0^{mm}., 0+2, larges de 0^{mm} 009.

M. Broca pense que ces kystes sont tout à fait semblables à ces tumeurs du poignet qu'on désigne sous le nom de ganglions, et qui, d'après les recherches récentes de M. Gosselin, ont leur origine dans des espèces de follicules de la synoviale, follicules dont le goulot s'oblitére et dont la cavité se distend sous forme de kyste.

2. En ouvrant l'articulation précédente, on trouve d'autres lésions remarquables. Les franges vasculaires et les brides flottantes qui sont le cortège habituel de l'arthrite sèche, existent sur la synoviale, notamment autour de la rotule.

La surface articulaire de ce dernier os offre des lésions profondes du cartilage ; au dessus de la ligne horizontale rotulienne, épaissement, ramollissement et commencement d'altération velvétique. Au dessous de cette ligne, l'altération est d'une toute autre nature. Il ne reste plus sur l'os qu'une mince couche de cartilage, couche

dont la surface est inégale, mamelonnée, et parcourue par plusieurs ramifications vasculaires qui viennent évidemment de la synoviale, qui ne sont point contenues dans l'épaisseur d'une fausse membrane, et qui reposent directement sur la substance même du cartilage.

Au niveau de l'angle externe et supérieur de la rotule existe un fragment osseux, mobile, bien distinct du reste de l'os; ce fragment, long de 2 centimètres et large de 1, paraît le résultat d'une fracture oblique qui aurait détaché l'angle externe et supérieur de la rotule en respectant les tissus fibreux environnants. Cette dernière circonstance expliquerait pourquoi les fragments sont restés dans une coaptation parfaite. Mais ce qui est fort embarrassant c'est l'absence totale de travail de consolidation. On peut, en repoussant les fragments en avant, faire bâiller en arrière le foyer de la fracture et s'assurer qu'il n'existe aucune production osseuse, aucun tissu fibreux de formation nouvelle, entre les surfaces correspondantes des fragments. Et cependant, s'il y a eu fracture, c'est à une époque déjà éloignée; car les bords des fragments sont émoussés.

Sur le fémur correspondant il existe une altération à la fois mécanique et vitale du cartilage.

Un relief cartilagineux large de 5 millimètres, saillant de 2 millimètres, parfaitement parallèle à la direction des mouvements, règne sur le condyle externe, près du bord du cartilage; sa longueur mesure exactement l'amplitude des mouvements, qui s'effectuent entre la rotule et le fémur. Le relief est limité en dehors par une rainure aussi régulière que lui; on dirait que cet état a été produit par le ciseau d'un tourneur.

Si on remet la rotule en place, on trouve que le relief correspond exactement au foyer de la fracture; la rainure, placée en dehors reçoit le bord interne du petit fragment. En dedans du relief, le cartilage correspond au fragment principal; il est presque sain; il est seulement rayé dans le sens des mouvements.

On ne saurait méconnaître l'intervention d'une cause mécanique dans la production de ces lésions. Ainsi, au niveau de la rainure, le cartilage est très aminci, il a gardé son poli; cela pourrait à la rigueur être attribué à la seule pression du petit fragment; au niveau

du relief au contraire, il n'y avait aucune pression, puisque ce relief était compris entre les deux fragments rotuliens légèrement écartés. Mais il y a eu la néanmoins autre chose qu'une action mécanique, puisque l'épaisseur du cartilage y est augmentée d'une manière absolue, et puisque le cartilage est en même temps le siège de l'altération velvétique.

Le microscope en outre a montré : 1° au niveau de la rainure, conservation de la structure du cartilage ; 2° en dedans du relief, cavités du cartilage un peu agrandies ; 3° au niveau du relief, tissu fibreux dans la gangue, fissuration, granules, globules de graisse, et aggrandissement énorme des cavités du cartilage, lesquelles ont jusqu'à 0^{mm} 15 de long, sur 0^{mm} 12 de large, et renferment jusqu'à 20, 30, 60 et même 80 noyaux.

M. Cruveilhier se demande s'il y a eu réellement fracture de la rotule, et si le petit fragment ne serait pas simplement un corps osseux de formation nouvelle, étroitement juxta-posé au bord externe de la rotule.

M. Broca se range volontiers à cette opinion, qui ne modifie en rien du reste les conclusions qu'il a présentées relativement à l'altération des cartilages.

3. M. Broca montre ensuite une *fracture complexe de l'extrémité supérieure de l'humérus droit*, trouvée sur le cadavre du même individu.

Il y a à la fois fracture du col chirurgical, et fracture de la tête humérale ; ces deux fractures sont parfaitement indépendantes l'une de l'autre.

La première occupe la partie la plus élevée du col chirurgical ; oblique de haut en bas et de dedans en dehors, elle commence, en dedans, un peu au dessous de la surface cartilagineuse de l'humérus, et pénètre ainsi dans l'articulation ; en dehors, elle se termine à 2 centimètres plus bas. Cela posé, le fragment inférieur a violemment pénétré dans le fragment supérieur ; en dedans, cette pénétration s'est effectuée dans une étendue de plus de 2 centimètres, et la lame de tissu compacte qui limite le fragment inférieur, remonte jusqu'au

centre de la tête humérale. En dehors, la pénétration est à peine de 2 millimètres. Le trait de la fracture est sinueux.

Le fragment supérieur est subdivisé en deux fragments secondaires par une fracture presque verticale qui commence, en bas, au milieu à peu près de la fracture précédente, et qui, en haut, va aboutir au sommet du grand trochanter de l'humérus, en dehors de la capsule articulaire. Les deux fragments secondaires qui résultent de cette deuxième fracture ne sont pas mobiles l'un sur l'autre, quoique la consolidation ne se soit pas opérée; c'est parce que la fracture est incomplète; en avant, en haut, elle atteint la surface de l'os, mais en arrière, elle en est séparée par une étendue de près de deux centimètres, dans laquelle le tissu spongieux de la tête humérale a conservé son intégrité.

Il y a donc eu pénétration de la diaphyse dans l'épiphyse et éclatement incomplet de l'épiphyse.

Certains détails qui vont suivre établissent que cette fracture est déjà ancienne, et cependant il n'y a aucune consolidation osseuse. Les fragments ne sont unis que par une substance flexible, demi-transparente, semblable au tissu fibreux gonflé par le séjour dans l'eau acidulée. Cette substance, placée sous le microscope, ne renferme que du tissu fibreux. Il existe un point cependant où l'organisation est un peu moins imparfaite. C'est tout en dehors, au niveau du périoste, dans le point qui est le plus éloigné de l'articulation. Là, en effet, la continuité du périoste des deux fragments est rétablie par une substance dense, d'apparence cartilagineuse, et le microscope y démontre à la fois des cavités et des corpuscules de cartilage, et des touffes de tissu fibreux.

Telle est la fracture du col chirurgical. Il existe de plus une fracture superficielle de la tête humérale, dans un point où l'os est recouvert de cartilage.

Un fragment de cette tête, long de 2 centimètres, situé en avant, non loin du petit trochanter, a été incomplètement séparé par écrasement; le reste de la tête humérale, avec le cartilage qui la recouvre, a pénétré dans la substance spongieuse, au dessous de ce peti

fragment ; celui-ci est par conséquent soulevé, et son bord cartilagineux vient reposer obliquement sous un angle d'environ 35° , sur la convexité du cartilage du fragment pénétrant. De telle sorte que suivant une ligne droite, longue d'environ 2 centimètres, il y a contact entre une surface cartilagineuse non divisée et le bord d'un cartilage fracturé. A partir de cette ligne, les deux cartilages s'écartent en divergeant à angle aigu, et dans cet angle se trouve comprise la substance osseuse du petit fragment. Une coupe transversale montre que le grand fragment a pénétré sous le petit jusqu'à une profondeur de 8 millimètres, et il en résulte que dans toute cette étendue le cartilage du fragment pénétrant est enveloppé de toutes parts par le tissu spongieux.

J'ai saisi cette occasion, continue M. Broca, pour étudier les phénomènes pathologiques qui se sont produits au niveau des points où les cartilages des deux fragments sont en contact, et je me suis assuré qu'il y a eu cicatrisation véritable.

En regardant attentivement à l'œil nu, on voit déjà qu'une membrane s'étend d'un cartilage à l'autre ; en pratiquant une coupe perpendiculaire à la direction de la fracture, et en préparant une tranche mince qui porte à la fois sur ces deux cartilages, on voit de plus que la substance unissante adhère très bien aux deux cartilages et occupe toute leur surface de contact.

J'ai alors placé cette tranche sous le microscope, et voici le dessin de ce que j'ai observé.

La coupe de la membrane unissante présente la forme triangulaire. L'un de ses bords s'insère sur la convexité du cartilage pénétrant ; le second bord s'insère sur le bord fracturé du cartilage du fragment pénétré ; le troisième bord, légèrement concave, va, dans l'écartement anguleux des deux cartilages, se continuer avec le tissu spongieux du fragment pénétré.

Cette membrane de cicatrice renferme beaucoup de matière grasse, des fibres de tissu fibreux entrecroisées en divers sens, et des gouttelettes de graisse, qui pourraient bien venir du suc médullaire de l'os voisin.

Les éléments de cette membrane se perdent peu à peu dans la substance des deux cartilages opposés, et chose remarquable, la fu-

sion est beaucoup insensible du côté du cartilage pénétrant, *non divisé à ce niveau*, que du côté du cartilage du petit fragment, qui lui présente son bord fracturé.

Les deux cartilages, dans le voisinage de la cicatrice, ont subi des altérations de structure. Leurs cavités sont agrandies, élargies, et renferment jusqu'à 10 noyaux. Du tissu fibreux a pris naissance dans leur gangue, surtout dans le cartilage du petit fragment; en plusieurs points, dans l'épaisseur de ce dernier cartilage, on voit le tissu fibreux à l'état naissant, constitué par de petites fibres parallèles, très courtes, qui commencent et se terminent dans la gangue, sans aucune connexion avec la membrane unissante; ailleurs, dans les couches les plus profondes, ce tissu fibreux se continue avec le tissu fibreux de la cicatrice.

Voici donc un troisième exemple de cicatrisation des cartilages articulaires à la suite des fractures. Mais il y a ici une particularité importante qui n'existait ni dans le cas de M. Mondières (1850, p. 346), ni dans celui que je vous ai déjà présenté (1851, p. 106).

Pour que la réunion des tissus s'effectue, il faut en général que l'on place en contact des surfaces *divisées*. Or, ici, le bord cartilagineux divisé du fragment pénétré reposait simplement sur la surface non divisée du fragment pénétrant. Il ne s'en est pas moins formé une membrane de cicatrice qui est entrée en fusion avec les deux cartilages; pour cela il faut que, préalablement, il y ait eu une espèce d'érosion superficielle du cartilage non divisé, érosion qui a fourni ensuite son contingent de matière plastique, et qui a permis la cicatrisation.

Enfin, sur cette même pièce, on observe un nouvel exemple d'ossification des cartilages articulaires. On a vu que dans une largeur de 8 millimètres, le cartilage du fragment pénétrant était plongé de toutes parts au sein du tissu spongieux. En plaçant sous le microscope une mince tranche de cette partie du cartilage, on trouve que la gangue est partout infiltrée d'une matière grenue opaque, et que les cavités sont remplies d'un grenu analogue. Une goutte d'acide chlorhydrique dégage des bulles de gaz carbonique et rend toute la préparation transparente; après avoir lavé la tranche pour la débarrasser des bulles de gaz, on voit que les cavités du cartilage sont

redeviennent très nettes, qu'elles présentent les dimensions normales; et que beaucoup d'entre elles sont pourvues de noyaux. Il y a donc dépôt de matière calcaire, et en particulier de carbonate de chaux dans le cartilage, ce qui indique un travail d'ossification commençante.

4. M. Broca présente une *fracture d'un cartilage costal, parfaitement consolidée*; la pièce a été trouvée dans les pavillons de la Faculté sur le cadavre d'un homme d'environ 40 ans.

La fracture a divisé transversalement le cartilage de la septième côte, immédiatement en dehors de l'articulation de ce cartilage avec celui de la côte supérieure. Il n'y a eu aucun déplacement. Il n'est même pas certain que le périchondre ait été complètement divisé.

Une virole osseuse assez régulière, épaisse d'environ un millimètre, large de 5, continue par ses deux bords avec le périoste, fait le tour de la fracture et maintient les fragments dans une complète immobilité.

Une coupe pratiquée sur les deux fragments, parallèlement à l'axe du cartilage costal, montre que, contrairement à l'assertion des auteurs, il y a eu réunion directe des fragments cartilagineux, quoiqu'il n'y ait aucune partie ossifiée dans l'épaisseur de ces fragments.

Sur la coupe, le trait de la fracture est assez mal, indiqué par une ligne très fine qui ne se distingue de la substance cartilagineuse que par l'absence de cette teinte jaunâtre qui se manifeste dans l'âge adulte au centre des cartilages costaux. En enlevant une mince tranche au niveau de la fracture, on s'assure qu'il y a bien réellement une substance intermédiaire qui adhère aux deux fragments. Si l'on place cette tranche sous le microscope, on trouve que la substance intermédiaire est constituée par du tissu fibreux et ne renferme aucun noyau de cartilage. De telle sorte que les cartilages costaux divisés par les fractures se réunissent comme les cartilages articulaires, par l'intermédiaire d'une substance fibreuse, sans production de cartilage nouveau.

5. M. Broca présente ensuite *trois nouveaux exemples de nécrose des cartilages articulaires*. — Ces trois pièces permettent de suivre pour ainsi dire pas à pas la séparation des séquestres cartilagineux.

Sur la première, on aperçoit au centre du scaphoïde du tarse, du côté de la concavité, une tache jaune à peu près lozangique; large de 4 millimètres et parfaitement lisse. Cette tache est entourée par une ligne d'une couleur plus sombre, en dehors de laquelle on retrouve l'aspect normal du cartilage.

Une coupe antéro-postérieure du scaphoïde, pratiquée en ce point montre que cette tache n'est autre chose que la surface lisse d'une portion de cartilage frappée de mort. La mortification n'occupe, à partir de la surface libre, que la moitié de l'épaisseur du cartilage; la face profonde du séquestre est entièrement détachée; mais le séquestre tient encore par ses bords au cartilage adjacent.

Cette pièce provient du pied droit d'un homme d'environ 50 ans. Plusieurs articulations sont atteintes d'arthrite sèche; mais on ne trouve pas de traces de cette affection dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

La seconde pièce est encore un scaphoïde droit provenant du pied d'une femme âgée d'environ 40 ans. Pas d'arthrite sèche.

La nécrose occupe exactement sur cette pièce, la même situation que sur la pièce précédente, seulement, elle est un peu moins étendue. Elle se manifeste encore par la présence d'une tache jaunâtre; les deux pièces seraient presque identiques sans la différence suivante :

Sur la première pièce, la surface du séquestre est rigoureusement sur le même niveau que la surface du cartilage adjacent; et la ligne un peu sombre qui établit la démarcation n'est ni saillante, ni déprimée. Ici, cette ligne est un peu déprimée, de sorte que le séquestre, examiné par sa surface libre, est entouré d'une petite rainure. Un examen attentif montre que cette rainure n'est pas le résultat d'une érosion qui aurait commencé par la surface; elle est le résultat de l'affaissement des couches superficielles, par suite de la disparition des couches profondes subjacentes.

Du reste, ici encore le séquestre est complètement détaché par sa face profonde, et la ligne de démarcation s'est établie en plein cartilage. De plus, le travail d'élimination a déjà commencé à s'effectuer de la profondeur vers la surface sur les bords du séquestre cartilagi-

neux ; celui-ci ne tient plus aux parties voisines que par ses couches les plus superficielles et il paraît certain que la séparation serait devenue complète si la malade eût vécu plus longtemps.

Enfin, sur la troisième pièce, le travail d'élimination est terminé. C'est l'extrémité inférieure de l'humérus d'un vieillard qui avait plusieurs articulations atteintes d'arthrite sèche.

La surface de la petite tête humérale, dans sa partie centrale, présente une cavité pour ainsi dire creusée à l'emporte-pièce. Ses bords assez irréguliers sont taillés à pic. Son fond en certains points est constitué par le tissu osseux, ailleurs par des restes du cartilage.

Cette cavité, large environ de 6 millimètres, est très exactement remplie par un séquestre cartilagineux qui reproduit fidèlement, mais en sens inverse, les sinuosités de ses bords et les anfractuosités de son fond. La surface articulaire du séquestre est parfaitement lisse, et est exactement placée au même niveau que la surface voisine.

L'examen microscopique a donné, pour ces trois cas de nécrose des cartilages des résultats semblables à ceux qui ont été précédemment consignés (voy. page 65.)

Dans le séquestre : tissu fibreux dans la gangue ; beaucoup de matière grenue ; énormes cavités presque sphériques, ayant jusqu'à 0^{mm} 07, et renfermant un liquide où flottent des noyaux au nombre de 4 à 12.

Autour du séquestre, dans les points qui ont été le siège du travail d'élimination, altération de structure beaucoup moins prononcée, absence de tissu fibreux, cavités cartilagineuses beaucoup plus larges qu'à l'état normal, mais bien inférieures cependant à celles du séquestre, et n'ayant que 0^{mm} 03 de largeur sur une longueur qui ne dépasse pas 0^{mm} 04. Ces cavités renferment des noyaux en nombre variable, nulle part plus de six. Enfin, la gangue renferme dans son épaisseur une grande quantité de matières grasses qui se présentent sous forme de gouttelettes.

Tout cela indique qu'avant la mortification, il y a eu une altération dans la nutrition et dans la texture de la partie aujourd'hui nécrosée ; et qu'un travail d'élimination s'est établi autour de l'eschare.

6. *M. Broca* présente enfin une *articulation astragalo-calcaneenne postérieure* provenant d'un cadavre sur lequel existaient plusieurs *arthrites sèches*.

Cette articulation offre à un haut degré les lésions de l'arthrite sèche (franges, fongosités de la synoviale, etc.). On voit même un corps osseux, long de 3 centimètres, large de 1, développé dans l'épaisseur de la capsule ; ce corps osseux fait saillie du côté de la cavité articulaire, mais il n'est pas encore pédiculé.

Le cartilage est altéré dans toute l'étendue du bord postérieur du calcaneum, suivant une largeur de 1 centimètre. Sa surface est irrégulière, inégale, par suite de la disparition incomplète de ses couches superficielles.

Dans toute l'étendue de l'altération, cette surface est recouverte d'un réseau vasculaire extrêmement riche, constitué par des vaisseaux qui viennent de la synoviale. Ce réseau n'est point supporté par une fausse membrane ; il repose directement sur le tissu cartilagineux altéré.

Il offre une disposition assez singulière. En général, dans ces vascularisations superficielles, on voit les vaisseaux se recourber en formant de larges arcades. Ici il en est tout autrement. Chaque artériole partant de la synoviale, chemine d'abord perpendiculairement au bord du cartilage, jusqu'à un demi-centimètre de ce bord ; puis tout à coup elle se divise en un pinceau de vaisseaux divergents qui s'infléchissent lentement et deviennent bientôt parallèles au bord du cartilage ; enfin chacun de ces vaisseaux secondaires se réfléchit brusquement et revient tout à coup sur ses pas, constituant une veinule exactement accolée à l'artériole correspondante. Il en résulte que l'ensemble de ces vaisseaux représente très exactement la forme d'un parasol.

7. *M. Leflaive* présente une *tumeur fibreuse avec concrétions calcaires et cancer de l'utérus*. Une femme âgée de 45 ans, enlottière, menstruée à 19 ans, mais n'ayant jamais eu ses règles d'une manière normale, n'ayant jamais eu d'enfants, fit à l'âge de 26 ans une fausse couche ; depuis cette époque elle s'aperçut de l'existence dans l'abdomen d'une tumeur ne causant aucune douleur ; cette tu-

meur prit un accroissement graduel mais lent. Au mois de juin 1850, cette femme reçut un coup de genou dans le ventre ; cet accident fut suivi d'une hémorrhagie utérine assez considérable. Jusqu'au mois de janvier 1851, ces pertes parurent fréquemment sans occasionner aucune douleur vive ; à cette époque, elle éprouvait des envies d'uriner fréquentes et une pesanteur incommode sur le fondement. Au mois de janvier, les hémorrhagies utérines disparurent et firent place à un écoulement blanc non fétide s'accompagnant de douleurs vives dans le ventre et dans les reins ; au mois de février, l'écoulement devint fétide et les douleurs plus vives, puis apparurent pendant plusieurs jours seulement quelques vomissements. Pendant ce temps, l'amaigrissement et la faiblesse firent de rapides progrès. Elle entra à l'Hôtel-Dieu (serv. de M. Louis), le 11 avril 1851. A cette époque le teint était jaune paille, la face amaigrie. Une tumeur volumineuse, dure, mobile faisait saillie à l'hypogastre à droite de la ligne médiane. Cette tumeur arrondie n'est pas sensible à la pression. Par le vagin s'écoule un liquide blanc à odeur très fétide ; au moyen du toucher vaginal, on constate la destruction du col de l'utérus qui n'est plus représenté que par quelques inégalités dures ; les parois du vagin sont parsemées de saillies semblables ; les mouvements imprimés à la portion vaginale de l'utérus se communiquent à la tumeur intra-abdominale. Coliques, envies fréquentes d'uriner, conservation de l'appétit. Les jours suivants on voit se manifester des vomissements, la face s'altère, puis les accidents augmentent rapidement et la malade meurt le 26 avril 1851.

Autopsie. — Une tumeur volumineuse, très dure, ayant la forme d'un ovoïde, à grosse extrémité tournée en haut, la petite se dirigeant vers le bassin, se rencontre à la partie inférieure de l'abdomen ; le grand épiploon, le péritoine ambiant rouges et injectés lui adhèrent faiblement ; l'ovaire droit est repoussé en bas et en dehors, le gauche est libre. Cette tumeur offre dans sa partie la plus volumineuse 0 m., 37 de circonférence, son diamètre vertical étant de 0 m., 12, l'antéro-postérieur de 0 m., 40, sa surface inégale est très dure par places, ailleurs un peu molle et élastique. A la coupe, on trouve

cette tumeur composée de deux parties; l'une enveloppante, d'un centimètre et demi d'épaisseur, d'un blanc grisâtre, est formée de tissu fibreux dans lequel se sont développées des concrétions calcaires. La partie enveloppée est rose, comparable à une masse musculaire presque exsangue, dont les fibres s'entrecroisent en divers sens; elle est résistante et crie sous le scalpel. La paroi supérieure de l'utérus se confond avec la partie inférieure de la tumeur. Une petite tumeur fibreuse du volume d'une noisette existait à la partie antérieure de l'utérus. Les deux tiers supérieurs du vagin ont subi une altération profonde; ses parois sont dures, épaissies, amincies au contraire par places, et perforées dans la partie de ce canal qui correspond au trigone vésical; cette ouverture arrondie permet d'introduire le doigt annulaire dans la cavité de la vessie. Les parois du vagin sont parsemées de masses irrégulières, résistantes, formées par un tissu blanchâtre, dans lequel M. Lebert a reconnu à l'examen microscopique la présence des éléments du cancer; ces parties sont recouvertes d'un détritus grisâtre à odeur très fétide dans lequel on trouvait des globules purulents et des plaques d'épithélium.

Au sommet droit du poumon, on trouvait une masse tuberculeuse molle, du volume d'une grosse noisette, puis quelques petits tubercules crétacés au sommet gauche du poumon.

M. *Perdrigeon* présente :

8. Des *calculs biliaires* irréguliers, mous, de matière colorante.

9. Une *nécrose du fémur probablement tuberculeuse*. Le malade qui présentait cette lésion, mort à l'hôpital de Charité dans le service de M. Velpeau, présentait au sommet du poumon gauche, une petite caverne cicatrisée avec plusieurs tubercules ramollis. Le fémur est considérablement augmenté de volume dans son tiers inférieur; au dessus des condyles, la diaphyse est creusée d'une longue cavité tapissée d'une membrane jaunâtre molle, contenant une matière de même couleur facile à écraser. Plusieurs séquestres libres de tissu osseux nécrosé se remarquaient autour de la cavité. La matière contenue, examinée au microscope deux jours après la mort par M. Verneuil, lui a présenté les caractères probables du tubercule.

10. M. *Mondières* montre comme titre antérieur, un *œuf humain*

avec dissolution du fœtus résultat d'un avortement à 3 mois et demi, produit par une hémorrhagie des membranes de l'œuf.

W..., âgée de 26 ans, d'un tempérament lymphatique, habituellement d'une bonne santé, a eu 3 grossesses antérieures qui se sont toutes terminées par des avortements; la première, à 3 mois 1½; la deuxième à 7 mois; la troisième à 5 mois ½; la quatrième à 3 mois ½ de gestation. Les règles étaient supprimées depuis 3 mois environ quand le 22 mai, W..., fut prise sans cause connue de douleurs expulsives. Un quart de verre de liquide fut expulsé, puis les douleurs devinrent de plus en plus fortes, et après quelques contractions énergiques une quantité considérable de caillots sanguins fut chassée au dehors. En examinant la malade, on trouva alors le col de l'utérus clos. Le caillot principal était un corps mou aplati, de 0 m. 09 de long sur 0,07 de large, elliptique, présentant une grosse et une petite extrémité; celle-ci est mollassse et l'on distingue par la pression une foule de filaments de longueur et d'épaisseur variables, qui étendus dans l'eau furent reconnus pour les villosités du chorion. La petite extrémité est lisse, et présente à sa partie moyenne vers son centre une ouverture irrégulière à bords déchiquetés, cette ouverture menait à une cavité qui avait la forme de l'utérus. L'intérieur de la poche offrait une surface lisse; en haut, correspondant à peu près au centre de la grosse extrémité, on rencontrait un reste du cordon ayant deux centimètres environ de longueur. Il n'y avait pas de traces du fœtus.

M. Depaul. Les débris du fœtus ont pu être expulsés avec le liquide et ne pas être reconnus.

5. M. André met sous les yeux de la Société un *hydrocèle de la tunique vaginale avec hernie inguinale du même côté*; l'épiploon était adhérent à la partie supérieure du sac, l'intestin était refoulé en haut.

12. M. Foucher présente une *tumeur fibreuse de l'utérus avec concrétions calcaires*. H. âgée de 60 ans, habituellement bien portante, réglée d'une manière normale jusqu'à l'âge de 44 ans, ayant eu 9 grossesses, toutes terminées heureusement, entre le 8 avril 1851 à l'hôpital de la Charité, service de M. Velpeau. Vers l'âge de 50

ans, elle eut, dit-elle, une descente de matrice, à laquelle elle remédia en portant une ceinture hypogastrique. Depuis 6 mois, le volume du ventre a augmenté rapidement, la malade y reconnut la présence d'une tumeur surtout gênante dans la position verticale, de petits fragments calcaires furent expulsés, il survint un écoulement fétide, simultanément les douleurs devinrent plus vives. Au palper hypogastrique, on reconnaissait une tumeur arrondie, volumineuse, proéminant au dessus du pubis à la partie moyenne du ventre; par le toucher vaginal, on constatait que la tumeur remplissait toute l'excavation pelvienne. Le doigt distinguait deux orifices, l'un celui du col, l'autre situé plus en avant formant l'entrée d'une cavité morbide parsemée d'une masse de granulations calcaires, dont on enlève quelques parcelles avec l'ongle. Le liquide suintant par le vagin, ne donne à l'analyse chimique aucun des caractères de l'urine, les calculs ne contenaient pas d'acide urique. Les jours suivants la malade fut atteinte de diarrhée, l'adynamie survint et la mort le 30 avril. A l'autopsie, on trouva l'utérus situé à la partie postérieure de la tumeur, sain ainsi que ses annexes. La masse morbide plus volumineuse que le poing, proémine à la partie moyenne du vagin, elle est creusée d'une cavité et pourvue d'un orifice à bords lisses simulant le col, une autre ouverture mène à la masse de concrétions calcaires.

7. M. *Follin* montre plusieurs pièces servant à démontrer les modifications que subissent l'épididyme, le canal déférent et le testicule, quand la glande séminale est retenue à l'anneau.

Dans la première pièce, le testicule étant arrêté à l'anneau, on voit que l'épididyme est à moitié descendu dans le scrotum, le canal déférent commence seulement à s'engager.

2° Sur la seconde on trouve le testicule maintenu à l'anneau dans une poche accidentelle; au dessous de lui, pourvu d'une enveloppe semblable, on retrouve l'épididyme et le canal déférent.

3° Pièce. Le testicule étant retenu à l'anneau, on voit l'épididyme descendu très bas dans le scrotum.

4° Pièce. Le testicule est à l'anneau; il a subi la transformation grasseuse, cependant on retrouve encore des canalicules séminifères. L'épididyme et le canal déférent étaient placés au dessous.

M. Follin montre plusieurs autres pièces qui présentent des degrés divers de ces déplacements.

Le même membre met sous les yeux de la Société plusieurs modifications survenues dans la texture du testicule arrêté à l'anneau.

Ces testicules sont atrophiés. Sur une pièce, on voit un testicule atrophié, l'épididyme et le canal déférent situés au dessous réduits à un filament. Sur une autre, le testicule a subi la dégénérescence fibreuse; un petit lobule a pu seul être injecté. Dans ces cas d'atrophie testiculaire, on ne retrouvait du côté malade aucun spermatozoïde dans les vésicules séminales; ils existaient au contraire du côté opposé. Dans des cas semblables observés sur des chevaux, M. Gombaux n'a pas trouvé de spermatozoïdes dans les vésicules séminales. Dernièrement, dit M. Follin, M. Amussat m'a communiqué un fait curieux; un homme avait subi dans son enfance la castration d'un côté, l'autre testicule était retenu à l'anneau, cet homme, du reste vigoureux et éprouvant des désirs vénériens, n'a pas eu d'enfants. Un autre fait remarquable résulte de l'examen de ces pièces, c'est que le testicule est placé dans une poche séreuse, close, ne communiquant pas avec le péritoine. Je n'ai pas observé moi-même de cas de testicule retenu dans l'abdomen, mais dans un cas de ce genre que m'a communiqué M. Broca, le testicule atrophié avait à peine le volume d'un haricot, le liquide contenu dans les vésicules séminales n'a pas été examiné.

M. Houel cite le fait d'un homme de 25 ans, dont les deux testicules sont retenus aux anneaux, néanmoins cet individu a fréquemment des rapports sexuels.

M. Jarjavay. En 1839, j'ai vu avec M. Gosselin, dans le service de Blandin, un homme de 25 ans, dont l'un des testicules volumineux et douloureux était retenu à l'anneau; Blandin proposa de faire la section sous-cutanée d'un des piliers de l'anneau, mais le malade ne voulut pas se soumettre à l'opération et quitta l'hôpital.

Les pièces intéressantes de M. Follin m'engagent à communiquer à la société le fait suivant. Chez un malade placé actuellement à l'hôpital de la Charité, salle St Jean, n° 3, un seul des testicules, le gauche est descendu dans le scrotum, le droit est remonté dans l'aîne, et se trouve au milieu d'une ligne qu'on pourrait tirer de l'épine

iliaque antéro supérieure à l'épine du pubis; ce testicule, un peu moins volumineux que l'autre, n'est pas atrophié; l'épididyme placé à la partie inférieure du testicule, lui tient immédiatement et le coiffe comme à l'état normal; on sent le canal déférent se diriger de ce point vers le canal inguinal. Cet homme a fréquemment des rapports sexuels.

M. Devillé. Un antécédent des malades portant ces atrophies des testicules serait utile à connaître; souvent les malades qui présentent ces lésions, portent des bandages pour contenir la tumeur qu'ils prennent pour une hernie; une compression longue pourrait, dans ces cas amener l'atrophie de la glande, qu'on aurait tort d'attribuer exclusivement à la position à l'anneau.

M. Follin. Dans un de ces cas que j'ai examiné dernièrement à l'Hôtel-Dieu, rien de semblable n'avait eu lieu, et cependant le testicule retenu à l'anneau était atrophié.

44. M. Boullay présente une tumeur très volumineuse du sein, formée par une *hypertrophie mammaire partielle*. Une femme, bien réglée jusqu'alors, vit, il y a douze ans, ses règles diminuer d'abondance; une petite tumeur se manifesta dans le sein gauche, depuis elle n'augmenta pas beaucoup de volume. Le développement devint beaucoup plus considérable il y a 28 mois, la santé de cette femme demeura néanmoins bonne. La tumeur ayant un volume plus considérable que celle de la tête d'un fœtus à terme, un peu violacée par places à sa surface, sans adhérence avec la peau, pesait plus de 5 kilog. M. Robert en pratiqua l'ablation à l'hôpital Beaujon. Une incision concave fut faite à la partie inférieure de la tumeur, une autre convexe à sa partie supérieure; on enleva simultanément une partie de la peau. La tumeur est mamelonnée par places, offrant une couleur blanchâtre, parsemée de quelques vaisseaux, divisée en lobules, ne fournissant aucun suc blanchâtre à la coupe; par places on rencontre de petites masses de graisse, dans plusieurs lobules on remarque de petites cavités closes, dans un des lobules inférieurs d'épaisses cloisons fibreuses. On réunit la plaie à ses extrémités par quelques points de suture, la partie moyenne fut laissée uniquement rapprochée, et une incision pratiquée à la peau dans l'endroit le plus déclive.

M. Verneuil. Dans ce cas la tumeur siégeait à gauche, c'est en effet comme l'a démontré Fingerhutz, le siège de prédilection de cette lésion; de plus, comme l'a indiqué le même auteur, la tumeur subissait une augmentation de volume à chaque époque menstruelle. L'hypertrophie partielle du sein se développe surtout à l'époque de la puberté ou à l'âge critique.

M. Deville s'élève contre cette dernière opinion; il a vu des tumeurs de ce genre, volumineuses, développées chez des femmes qui étaient encore bien réglées.

M. Broca. Ce qu'a décrit *M. Fingerhutz*, c'est surtout cette lésion de la mamelle que *M. Lebert* a désignée sous le nom d'augmentation du volume du sein, avec conservation de l'aspect normal du tissu. Dans la pièce que nous avons actuellement sous les yeux, il y a une prédominance excessive des éléments glandulaires; au contraire dans plusieurs lobes situés à la partie inférieure, ce sont les éléments fibreux qui dominent.

M. Verneuil. Les faits de l'auteur que j'ai cités ne peuvent pas tous rentrer dans la catégorie indiquée par *M. Broca*, car je ne crois pas qu'une mamelle puisse acquérir un poids de 30 livres sans avoir subi de modifications dans sa texture.

45. *M. Boullay* montre en outre une tumeur érectile sous-cutanée du scrotum, enlevée à l'hôpital Beaujon par *M. Robert*. Un homme de 30 ans porte depuis 12 ans une tumeur du scrotum; à cette époque il éprouva sans cause connue, une douleur brusque dans le scrotum du côté droit, on fit porter un suspensoir. Depuis cette époque, cet homme a constamment joui d'une bonne santé; la tumeur a graduellement augmenté de volume, et en acquiert surtout sous l'influence de la chaleur ou d'une marche prolongée, et diminue au contraire par le froid et par le repos. On trouve sur le côté droit du scrotum une tumeur ovoïde, bosselée, le tégument n'a pas changé de couleur, mais laisse voir à travers son épaisseur une teinte violacée claire. On n'entendait au niveau de la tumeur, ni battements, ni bruit de souffle. On reconnaît distinctement le cordon et plus bas le testicule qui sont indépendants de la tumeur; celle-ci fut enlevée; elle est constituée par une trame vasculaire, complètement analogue aux productions érectiles, arrivant jusqu'à la peau; les vaisseaux contiennent par places de petits caillots dans leur intérieur.

M. *Déville*. Dans les pays chauds, les varicocèles donnent lieu quelquefois à des tumeurs érectiles volumineuses, comme M. Gros nous en a présenté un exemple il y a quelques années.

M. *Cruveilhier* croit cette tumeur formée aux dépens des veines sous cutanées du scrotum.

16. M. *Rombeau* montre une *hypertrophie partielle* de la mamelle enlevée sur une chienne. Cette tumeur du volume d'une grosse noix, est d'un blanc jaunâtre, lobulée, parsemée de petits épanchements sanguins.

M. *Follin* rapporte avoir rencontré fréquemment de ces tumeurs sur des chiennes.

17. M. *Blin* présente une *production calcaire ferme* du volume d'une noix, développée dans un des lobes du *corps thyroïde*.

18. Une *tumeur cancéreuse, volumineuse*, développée au *dessous des parois abdominales*, dans le flanc et l'hypochondre droits, n'intéressant ni le foie, ni le rein. Cette tumeur a été trouvée à l'autopsie d'une femme de 22 ans, morte à l'Hôtel-Dieu, service de M. Heurteloup. Cette femme accusait une grande gêne de la respiration, durant depuis deux semaines environ; on constate l'existence d'une matité dans les 3/4 inférieurs du poumon droit, puis au sommet du même côté un souffle amphorique. Une tumeur bilobée volumineuse existait dans le flanc droit. A l'autopsie, on trouva un épanchement considérable, des masses cancéreuses dans les poumons et sur la plèvre costale et diaphragmatique; puis dans le flanc droit, fixée aux parois abdominales, une tumeur volumineuse, offrant à l'œil nu et au microscope, comme les produits morbides contenus dans le thorax, les caractères évidents du cancer.

M. *Broca*. Ce siège du cancer est assez anormal, c'est le troisième exemple que je rencontre.

19. M. *Parmentier* met sous les yeux de la Société un *ulcère non cancéreux du vagin et du col de l'utérus*. Une femme entre le 15 avril 1851 à l'hôpital de la Charité, service de M. Cruveilhier; elle était malade depuis huit mois; au début, elle n'éprouvait que de la leucorrhée, plus tard survinrent des hémorrhagies abondantes qui amenèrent un affaiblissement prononcé. On constata une perte de

substance considérable du col de l'utérus et une ulcération du vagin accompagnée de l'écoulement d'un liquide noirâtre fétide par la vulve : de l'ascite se manifesta et força à avoir recours plusieurs fois à la ponction, la malade tomba dans l'adynamie et succomba. A l'autopsie, on trouva les 3/4 supérieurs du vagin dans toute leur circonférence occupés par un ulcère putrilagineux ne dépassant pas l'épaisseur du conduit, le col de l'utérus était complètement détruit et permettait un libre accès dans la cavité de la matrice ; ces parties examinées par M. Lebert ne lui ont offert aucun des caractères microscopiques du cancer. Au sommet d'un des poumons, on trouvait plusieurs tubercules crétacés ; le foie était à un degré de cirrhose avancé.

20. M. Dufour fait voir un exemple de *phlébite des sinus de la dure-mère*, survenue chez un enfant atteint de tuberculisation générale et de gangrène de la bouche. Un enfant de 3 ans 1/2 est entré dans les premiers jours d'avril, à l'hôpital des Enfants malades, service de M. Bouneau, pour une ophthalmie scrofuleuse. Il présentait de plus un engorgement multiple des ganglions abdominaux ; des tumeurs volumineuses existaient dans l'abdomen. Cet enfant, constamment triste, n'accusait aucune douleur de tête ; le 27 mai, il fut pris d'une gangrène de la bouche et succomba le 30 mai. A l'autopsie on trouva des masses tuberculeuses nombreuses et volumineuses dans les régions parotidiennes, les médiastins, le mésentère, les parois intestinales, partout le tubercule était à l'état cru. L'os maxillaire inférieur était dénudé à droite par les progrès de la gangrène. Un caillot fibrineux volumineux adhérent aux parois et se ramifiant dans plusieurs des veines aboutissantes oblitérait complètement le calibre du sinus longitudinal supérieur. Sur la surface interne du sinus, on n'observe point de pseudo-membrane, elle est un peu teinte en rouge par places. Le caillot ne paraissait pas contenir de pus à l'intérieur, renflé au milieu du sinus et plus adhérent en ce point, il se prolongeait en diminuant de largeur jusqu'au pressoir d'hérophyle ; les autres sinus aboutissant au même point contenaient de petits caillots fibrineux ne bouchant pas la lumière des vaisseaux. Les veines de la pie-mère sont gorgées de sang, l'une d'elles, la

rande veine cérébrale supérieure de l'hémisphère gauche, était distendue par un caillot d'un noir livide présentant quelques points blanchâtres. Plusieurs autres veines cérébrales externes et supérieures présentaient des caillots semblables avec quelques points blanchâtres comme fibrineux. Le liquide sous-arachnoïdien est très abondant, les circonvolutions sont légèrement aplaties, la masse encéphaloïde notablement ramollie. Les veines de la base des hémisphères, celles qui communiquent avec les ventricules ou la toile choroïdienne ne sont pas plus développées que de coutume. Pas d'accumulation anormale de liquide dans les ventricules. L'épaisseur des os du crâne était beaucoup plus considérable que d'habitude.

21. M. *Leflaive* montre un *anévrisme de l'aorte* trouvé sur un homme mort à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis. A un pouce environ au dessus de son origine, l'aorte se dilate considérablement formant une tumeur du volume du poing. La tunique moyenne épaissie dans toute cette étendue est parsemée de plaques calcaires; à la partie antérieure et un peu externe, la tunique moyenne est éraillée, la tunique externe épaissie et soulevée donne naissance à un anévrysme faux; une autre cavité, formée uniquement par la dilatation des tuniques, sans rupture d'aucune d'entre elles, existe en arrière de la masse anévrysmatique et comprime la trachée et l'œsophage sans les altérer dans leur structure; pendant la vie, la malade éprouvait de la gêne dans la déglutition et dans la respiration, la voix n'était pas altérée; les nerfs pneumogastriques étaient normaux. L'anévrysme contenait des caillots stratifiés de fibrine et à son centre des caillots noirâtres mous. La valvule aortique n'était pas altérée; le cœur n'était pas hypertrophié.

22. M. *Bouteiller* communique le fait suivant et envoie le moule en plâtre d'une *main présentant un pouce surnuméraire*. L..., enfermé à la Conciergerie de Rouen, est âgé de 21 ans, bien constitué très vigoureux, sa main gauche offre une conformation normale, c'est la main large et développée d'un ouvrier qui se sert du marteau; la main droite n'offre rien d'extraordinaire si ce n'est l'état du pouce. Le métacarpien du pouce de ce côté, est un peu plus large que celui de l'autre main, il m'a paru légèrement plus aplati d'avant

en arrière; je n'ai pourtant pas pu saisir d'une manière bien appréciable de dépression qui parût être le vestige d'une soudure entre un métacarpien normal et un métacarpien surnuméraire, mais à partir de l'articulation métacarpo-phalangienne, il existe deux doigts pour ainsi dire palmés et formant par leur réunion une espèce de lozange. Le mouvement d'opposition se fait bien, la flexion des pouces sur le métacarpien ne présente rien de particulier. Je pense que l'une et l'autre première phalange s'articulent directement et non latéralement avec la tête du métacarpien, cela est évident quand on les voit se fléchir. Ce qui frappe le plus l'attention, c'est que l'articulation métacarpo-phalangienne étant fixée dans l'immobilité, si l'on prescrit à L..., de fléchir les phalanges onguéales sur les premières, les deux extrémités des pouces se rapprochent, comme pourraient le faire les pinces d'un homard. C'est la seule difformité qu'offre cet homme; aucun membre de sa famille n'en a de semblable.

25. M. Verneuil présente une *périostite commençante avec ostéomyélite*. Ces os proviennent du cadavre d'un homme mort probablement de fièvre typhoïde, et envoyé à l'École pratique.

Le périoste qui se décolle facilement est le siège de sugillations d'un rouge violacé; l'os est lui-même au niveau des épiphyses un peu rugueux, parsemé de petites irrégularités et de petites taches rougeâtres. La moelle est d'un rouge foncé, molle. Tous les os du même cadavre offraient la même lésion.

M. Bauchet présente plusieurs pièces.

24. Une *tumeur épithéliale du larynx* ayant causé la mort par asphyxie. Un homme âgé de 48 ans entre à l'hôpital des Cliniques portant une tumeur volumineuse de la région sushyoïdienne. Cette tumeur profondément placée fut enlevée par M. Giraudeau; on la trouva composée par un tissu qui parut à M. Giraudeau de nature fibro-plastique, au contraire à M. Galliet de nature épithéliale. La voix du malade était altérée; l'inspiration beaucoup plus gênée que l'expiration. En introduisant le doigt jusqu'à la partie supérieure des voies aériennes, on constatait la présence derrière le larynx d'un corps ferme. On crut à l'existence d'une phthisie laryngée. Dix jours après l'opération, le malade fut atteint d'un accès d'oppression suivi bientôt de deux autres qui amenèrent la mort onze

jours après l'ablation de la tumeur du cou. A l'autopsie, on trouva derrière l'épiglotte, implantée sur le répli aryéno-épiglottique droit une tumeur du volume d'une petite noix dure, s'abaissant comme une soupape sur l'ouverture supérieure du larynx et formée uniquement de tissu épithélial.

25. Une *oblitération du canal de l'urètre* avec fistules périnéales situées en avant et en arrière de l'obstacle. Un homme entra, il y a 2 mois à l'hôpital des Cliniques; il portait une double fistule urinaire au périnée. Depuis longtemps ce malade était atteint d'un rétrécissement qui fut traité plusieurs fois par la dilatation, mais jamais jusqu'à guérison complète. Une tumeur apparut au périnée, offrant les caractères d'un abcès urinaire, s'ouvrit et donna pendant longtemps passage à l'urine. Le malade urina ensuite quelque temps simultanément par l'urètre et le périnée. Quand il entra à l'hôpital, l'urine traversait exclusivement les voies anormales, on tenta vainement de pénétrer dans la vessie. Cet homme atteint de phthisie succomba sous l'influence des progrès de la tuberculisation pulmonaire, compliquée à gauche de pneumo-thorax. La vessie était petite, revenue sur elle-même; une ouverture située en arrière et à gauche du verumontanum communiquait avec la prostate dont le tissu était presque complètement détruit et remplacé par une vaste poche purulente. Immédiatement en arrière du bulbe existait une fistule urinaire s'ouvrant au périnée, une autre placée en avant du bulbe communiquait avec la même région. L'urètre dans l'espace intermédiaire était complètement oblitéré, on ne put faire pénétrer une soie de sanglier. Cette oblitération a été constatée par MM. Nélaton, Gosselin, Galliet; malheureusement elle a été détruite et n'existe plus quand la pièce est mise sous les yeux de la Société. Les deux fistules uréthro-périnéales communiquaient ensemble par un trajet parallèle à l'urètre et situé au dessous de l'oblitération.

A la partie postérieure du rectum du même sujet existait une cavité purulente, les os du sacrum étaient dénudés; dans le corps de la dernière vertèbre lombaire, on trouvait une infiltration d'une matière jaunâtre, assez ferme, que M. Nélaton a nommée tuberculé et qui n'a pas été examinée au microscope.

M. Broca attribue à une fausse route la fistule située en avant du rétrécissement et le trajet qui les réunit au dessous de l'oblitération de l'urètre.

M. Deville se range à l'opinion de M. Broca, il regrette que cette oblitération ait été détruite avant la présentation de la pièce à la Société; cependant elle a été constatée par des hommes dont le témoignage est d'une grande valeur.

26. M. Bauchet montre encore des kystes multiples de la mamelle dus à la dilatation des canaux galactophores. Une femme est entrée à l'hôpital des Cliniques (service de M. Nélaton), portant au sein une tumeur volumineuse, multiloculaire, fluctuante; par la pression on faisait suinter par le mamelon un liquide blanchâtre dans lequel on distinguait parfaitement des cristaux de cholestérine. Cette tumeur fut enlevée par M. Nélaton. Elle se compose de poches multiples à parois fibreuses, tapissées à leur intérieur d'une membrane nuqueuse et contiennent une substance jaunâtre, semi-liquide mêlée de cristaux de cholestérine.

27. M. Foucher une montre déchirure du foie avec ramollissement de la substance hépatique qui laisse à nu les ramifications des veines de cet organe comme disséquées. Cette lésion a été trouvée sur le cadavre d'une femme morte à la suite du passage d'une roue de voiture sur le côté gauche du corps.

M. Verneuil montre plusieurs pièces.

28. Une arthrite sèche du coude. Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un homme de 40 ans, destiné aux dissections de l'Ecole pratique. Le sujet était d'une forte constitution, les muscles bien développés. Le bras droit est atrophié; il est d'un tiers moins volumineux que celui du côté opposé. L'articulation du coude est dans une attitude moyenne entre la pronation et la supination, entre la flexion à angle droit et l'extension complète. L'avant-bras forme avec le bras un angle de 15° environ. Les mouvements sont très gênés, l'étendue de la flexion et de l'extension ne dépassant pas 15°, celle de la pronation et de la supination n'atteint pas 10°. Le cubitus lui-même semble avoir exécuté sur l'humérus un mouvement de rotation suivant son grand axe, rotation en vertu de la-

quelle l'olécrâne s'est éloigné de l'épitrachée qui par suite fait à la région interne une saillie plus considérable que de coutume. Les muscles ont leur coloration normale ; ils ne sont ni rétractés, ni graisseux, leur section ne rend aucune mobilité à l'articulation. Celle-ci mise à nu par la dissection présente une augmentation de volume causée par la déformation des extrémités articulaires d'où partent des végétations osseuses de nouvelle formation ; la tête du radius surtout est difforme, elle fait une forte saillie en arrière au dessous du petit condyle huméral. Les trois os sont mobiles les uns sur les autres, ils ne présentent aucune trace de fracture, les ligaments périphériques sont très forts, très serrés et partout continus. En ouvrant l'articulation, on constate que les surfaces diarthrodiales ont conservé leur forme à peu près normale à l'exception du condyle huméral qui s'est aplati et qui forme avec la cupule radiale également aplatie une sorte d'arthrodie. La trochlée humérale et la grande cavité sigmoïde n'ont pas cessé de se correspondre, bien au contraire, comme je vais le dire, toutes ces surfaces articulaires présentent les lésions simultanées de l'arthrite sèche et de l'ankylose fibreuse commençante. Les cartilages sont rougeâtres, déchiquetés, rugueux en certains points, velvétiques en d'autres. Entre les surfaces opposées et particulièrement à la périphérie de l'articulation, se voient un grand nombre de petits tractus fibreux très résistants qui adhèrent fortement aux deux os auxquels ils sont interposés et mettent un obstacle très fort aux mouvements de glissement. On remarque en outre au pourtour de l'articulation des végétations marginales qui sont la cause de la déformation de la jointure ; ces végétations gênent les mouvements de flexion et d'extension par un mécanisme fort remarquable ; elles se sont développées en grande abondance autour de la grande cavité sigmoïde du cubitus, il en est résulté un allongement considérable des becs olécrânien et coronôidien. Ces apophyses forment ainsi presque les $\frac{3}{4}$ d'un cercle qui emprisonne la trochlée humérale, à tel point qu'on ne peut dégager celle-ci qu'avec peine du sigma rétréci, les becs olécrânien et coronôidien viennent de plus archouter au fond des cavités olécrânienne et coronôidienne, aussitôt que l'on imprime

quelques mouvements de flexion et d'extension. L'obstacle vient donc, comme on le voit, de la rencontre des parties osseuses.

La petite cavité sigmoïde du cubitus existe, mais elle est aplatie et déformée. La synoviale présente des villosités flottantes.

La coupe pratiquée sur les os fait constater une condensation du tissu spongieux qui est infiltré d'un tissu médullaire jaune très dense. J'insiste un peu, dit M. Verneuil, sur cette particularité, car je lis dans le compte rendu de mon collègue, le docteur Broca, les lignes suivantes relatives à l'arthrite sèche : « La substance des extrémités osseuses se raréfie; cette raréfaction s'accompagne d'une diminution notable de consistance, etc. » (Compte-rendu de la Soc. anat. 1850, p. 47.) Je ne puis admettre cette proposition comme générale; j'ai pu en vérifier l'exactitude dans quelques cas, mais le plus souvent, au contraire, les os m'ont présenté une sorte d'hypertrophie interstitielle des lamelles du tissu spongieux, qui augmentait le poids de l'os en même temps que sa résistance. Quant aux végétations osseuses nouvelles, tantôt il m'a été possible de les couper assez aisément avec un fort scalpel; tantôt elles ont offert une résistance très considérable. Comme les végétations périostales, la substance médullaire m'a rarement présenté la coloration rouge, ordinairement elle m'a paru jaune, consistante, comme cela se voit dans ce que l'on nomme ostéite condensante. Je pense que ce point demande à être étudié de nouveau.

M. Deville. Le fait signalé par M. Verneuil à propos de la modification survenue dans la structure des os existe, quand l'arthrite sèche est arrivée à sa période ultime. Au contraire, tant que les synoviales sont injectées, les os demeurent raréfiés à leur intérieur; la condensation n'existe qu'au moment où la maladie est pour ainsi dire terminée.

M. Verneuil admet l'explication donnée par M. Deville; cela revient à dire que la condensation est la résolution, telle du moins que les os sont susceptibles de l'éprouver.

29. M. Verneuil présente une ancienne lésion traumatique du coude, avec fracture du condyle huméral, arthrite sèche et corps

étrangers articulaires. Cette pièce m'a été communiquée, dit M. Verneuil, par notre collègue M. Bauchet : elle a été recueillie sur le cadavre d'un homme de 45 à 50 ans qui présentait avant l'autopsie, une diminution notable dans les mouvements de l'articulation huméro-cubitale droite, surtout dans ceux de pronation et de supination. Je ne puis donner aucun renseignement sur l'affection dont cette articulation a été autrefois atteinte. La dissection m'a montré les particularités suivantes : L'avant-bras est dans un état permanent de pronation, la supination est très bornée. Les parties molles péri-articulaires sont saines et ne présentent pas de traces de phlegmasie récente; il existe une notable quantité de tissu graisseux autour de la jointure. L'article mis à nu est déformé et augmenté de volume par le dépôt à sa périphérie de productions osseuses nouvelles qui empiètent sur les ligaments d'union; en divisant ceux-ci, on découvre plusieurs corps étrangers : un premier, de la grosseur d'un pois, libre dans la cavité coronôïde; un second adhérent, derrière le bord interne de la trochlée humérale; puis quatre petits corps pédiculés s'insérant à la face profonde du ligament annulaire du radius, vers le bord supérieur de ce ligament et répondant par leur partie libre à l'interligne radio-huméral. A l'exception du premier corps libre qui était formé de tissu compacte, tous les autres offraient à la coupe l'aspect d'un os court. Le microscope montre que la trame dure est formée de tissu osseux parfaitement caractérisé; la substance médullaire qui remplit les aréoles osseuses est jaune, translucide, visqueuse et présente les caractères extérieurs de la synovie. J'ai examiné cette matière au microscope et j'y ai reconnu l'existence de matière grasse et de grandes cellules aplaties, déformées, analogues aux cellules de l'épiderme. Ce contenu d'apparence synoviale ne se rencontrait que dans les petits corps adhérents au ligament annulaire.

En plusieurs points les cartilages diarthrodiaux manquaient complètement, dans d'autres, ils présentaient l'aspect velvétique, enfin, on y voyait toutes les lésions que ces organes présentent dans l'arthrite sèche avancée. Les extrémités osseuses elles-mêmes ont augmenté de volume, non pas à la suite d'un gonflement ni d'une déformation notable des os, mais par l'addition de productions nou-

velles qui se sont déposées sur le rebord des surfaces diarthrodiales qui se trouvent dans leurs rapports normaux. Ces végétations marginales se montrent aux becs olécranien et coronoïdien, sur toute la partie du rebord externe de la cupule radiale qui ne correspond pas à la petite cavité sygmoïde du cubitus, sur les deux bords de la trochlée humérale dont la largeur et la profondeur se trouvent considérablement augmentées, ainsi que la grande cavité sygmoïde du radius.

Au côté externe de la trochlée se voit un trait de fracture, oblique en bas et en dedans, qui a détaché du reste de l'os les 2/3 externes du petit condyle huméral et la totalité de l'épicondyle sans remonter plus haut que cette apophyse et sans empiéter par conséquent sur le bord externe de l'humérus. Les deux fragments qui présentent une sorte d'engrenure n'ont éprouvé aucun déplacement; néanmoins ils sont réunis seulement par un cal fibreux. Des productions osseuses nouvelles, quoiqu'un peu saillantes, se sont développées sur les deux fragments et augmentent ainsi leur surface de contact. La solution de continuité du cartilage ne paraît présenter aucun vestige de réunion. En dehors de l'articulation, les os n'offrent ni déformations, ni productions osseuses nouvelles. Cette pièce, dit M. Verneuil, est un exemple intéressant d'une fracture intra-articulaire sans déplacement et à la suite de laquelle se sont montrées toutes les altérations anatomiques de l'arthrite sèche. L'examen anatomique rend facilement compte de l'attitude de l'avant-bras, de la conservation des mouvements assez étendus de flexion, d'extension, de l'abolition presque complète des mouvements de rotation de l'avant-bras.

M. Broca reconnaît l'existence antérieure d'une fracture, puis d'une arthrite sèche.

M. Verneuil. Les autres articulations du même sujet étaient saines, cependant je dois ajouter qu'on rencontrait un petit corps étranger pédiculé dans la gaine d'un des muscles poplités.

50. M. Verneuil montre enfin une luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière. Cette pièce a été trouvée sur un cadavre livré aux dissections. L'extrémité inférieure de l'humérus est

placée sur la face antérieure et supérieure du cubitus et du radius au dessous des surfaces articulaires de ces os. L'humérus archoute presque à angle droit sur les os de l'avant-bras et s'est creusé une capsule nouvelle aux dépens des fibres du muscle brachial antérieur. En arrière, la cavité olécrânienne de l'humérus a considérablement augmenté de largeur et de profondeur; l'épicondyle et l'épitrôchlée considérablement hypertrophiés sont dejetés en dehors, d'où l'augmentation de la cavité olécrânienne et l'effacement presque complet de la cavité coronoïde. Le bec du cubitus est atrophie. Le radius qui a quitté son condyle s'est creusé une cavité profonde aux dépens de l'épicondyle. On remarquait en outre dans cette articulation les lésions marquées de l'arthrite sèche : coucrétions dans les ligaments, corps flottants.

54. M. Follin met sous les yeux de la Société deux rotules atteintes d'arthrite sèche trouvées sur le cadavre d'un homme abandonné aux dissections de l'École pratique. Les genoux de ce sujet bien conformés, offraient une augmentation de volume manifeste; au devant des rotules les bourses muqueuses étaient très développées, leurs parois épaissies, ce qui indiquait une position habituelle sur les genoux. Les deux rotules étaient plus épaisses dans leur ensemble; le cartilage d'incrustation était également épaissi; sur le bord interne de ces os, on remarquait tenant à la rotule par des liens fibreux et situés immédiatement au dessous de la synoviale deux petits os comme sesamoides ayant 1 cent. de largeur sur 2 de hauteur. M. Follin rapporte cette lésion à l'arthrite sèche.

M. Verneuil les considère au contraire comme des os sesamoides tels qu'on en rencontre souvent dans diverses régions du corps; il manque ici les caractères marqués de l'arthrite sèche; on observe bien des corps osseux dans le cas d'hygromas anciens, mais c'est plutôt en avant de la rotule qu'ils sont placés que sur les parties latérales, enfin l'état sain des condyles fémoraux, la situation symétrique de ces petits os aux deux genoux l'engage encore à voir ici plutôt des os sesamoides qu'une arthrite sèche.

M. Broca partage entièrement l'opinion de M. Follin. La position symétrique des os ne prouve rien, comme le croit M. Verneuil, car l'arthrite sèche peut affecter simultanément les deux ge-

noix. Ces productions osseuses accidentelles se rencontrent d'autres fois dans tous les tissus mous qui entourent l'articulation ; dans une pièce analogue que je possède les condyles fémoraux sont malades.

32. *M. Follin* montre des *pertes de substance ulcéroïdes de la surface cartilagineuse d'une rotule* appartenant à un individu qui a subi l'amputation de la cuisse. Ces lésions sont de différentes espèces ; à la partie supérieure, le cartilage a l'aspect inégal du velours ; ailleurs, la couche superficielle est détachée et laisse à nu une surface irrégulière ; à la partie inférieure, on peut détacher et soulever une membrane fine dans laquelle on remarque des tractus rougeâtres volumineux ; par places on trouve sur le cartilage de petites ecchymoses pointillées rougeâtres.

Dans la séance suivante, *M. Broca* communique le résultat de l'examen de la pièce précédente. Les stries rougeâtres qui offraient l'apparence de vaisseaux étaient de simples taches sanguines.

33. *M. Boullay* montre une *tumeur ossiforme de la glande thyroïde* trouvée à l'autopsie de la malade dont il a montré la mamelle atteinte d'hypertrophie partielle dans la séance précédente. Un petit kyste placé du côté gauche de la glande thyroïde, contenait une matière ossiforme, irrégulière, dure. Une autre tumeur ossiforme également contenue dans une enveloppe fibreuse qui renfermait un peu de liquide citrin, existait dans le sein gauche.

34. *M. Labric* montre une *tumeur sanguine volumineuse développée à la partie inférieure d'un rein*. L., âgé de 61 ans, journalier, entre le 13 juin 1851 à l'hôpital de la Pitié (service de *M. Pédagnel*). Cet homme, qui avait eu autrefois un développement musculaire marqué, offrait un aspect de décrépitude précoce, les traits sont tirés, le teint jaunâtre. Dans son enfance, il avait été atteint d'affection scrofuleuse et de carie des os du sacrum et iliaques. Depuis l'âge de 18 ans, L., a toujours joui d'une bonne santé, cependant depuis quelques années, il tousse pendant l'hiver, sans avoir jamais craché de sang, depuis trois mois, affaiblissement beaucoup plus marqué, toux fréquente, diminution de l'appétit, crachats muqueux ; à l'auscultation, on entend des râles muqueux

nombreux dans toute la hauteur du poumon. Jamais le malade n'a rien remarqué d'anormal du côté des urines. Dans l'hypochondre et dans le flanc gauche existe une tumeur profonde, volumineuse, mate, à la percussion qui paraît se continuer avec la rate. Le malade assure porter cette tumeur depuis de longues années, mais elle a toujours été indolente et aujourd'hui il ne s'en plaint nullement. Cet homme mourut subitement dans la nuit du 18 juin.

A l'autopsie, on trouva le cerveau et la moelle mous, la voûte à trois piliers ramollie. Les poumons contenaient de nombreux tubercules. Le cœur, le foie, les intestins, la rate, le rein droit sont comme à l'état normal.

Le rein gauche présente à son extrémité inférieure, une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus en rapport avec la rate par son côté externe. Cette tumeur est bosselée, dure en certains points ; en d'autres, fluctuante, d'une couleur noirâtre au niveau des points fluctuants. A travers le liquide, on a la sensation de corps solides libres dans la cavité. A l'ouverture de la tumeur, on la trouve développée sous la tunique propre du rein, formée de loges renfermant des caillots plus ou moins fibrineux ou bien du liquide séreux. La substance du rein ne paraît pas altérée ; c'est entre elle et l'enveloppe que s'est développée cette tumeur à la partie inférieure du rein. Une artère assez volumineuse partant de l'artère rénale se rend à la tumeur.

33. M. *Branner* présente un *cancer de l'estomac*. Un homme de 49 ans, habituellement d'une bonne santé, ressentait depuis le mois de septembre 1880, des douleurs à l'épigastre, simultanément l'appétit, les forces musculaires diminuèrent. Vers la fin d'avril, les symptômes devinrent plus gênants, nécessitèrent le séjour constant au lit, et le 31 mai, l'entrée à l'Hôtel-Dieu (service de M. Chomel). On trouva dans l'hypochondre droit une tumeur rénitente, dont les limites étaient difficiles à distinguer ; le foie n'avait pas manifestement augmenté de volume, la teinte de la peau était jaune-paille, la faiblesse extrême : un seul vomissement eut lieu la veille de la mort. La cavité de l'estomac a presque triplé de capacité ; ses parois ont augmenté d'épaisseur, les fibres musculaires sont très dévelop-

pées, un ulcère de 2,05 environ de diamètre occupe tout le pourtour de l'orifice pylorique dont le calibre est conservé. Les bords de l'ulcère saillants sont un peu mamelonnés, renversés en dehors, blanchâtres, et présentent les caractères habituels du cancer encéphaloïde. Le foie contenait un kyste hydatique ancien du volume d'un œuf de poule, à parois fibreuses sans altération de parenchyme périphérique; la matière contenue était gélatiniforme citrine molle et un peu verdâtre par places. Cette tumeur faisait une légère saillie à la surface du foie, mais la plus grande partie était enveloppée par le parenchyme de l'organe.

Ont été nommés pendant le deuxième trimestre de 1851.

Membres adjoints :

MM. ANDRÉ, DUTARD, LABRIC, LEFLAIVE, A. MOREAU.

M. ESCALLIER a été rayé de la liste des membres pour cause d'immoralité scientifique. La Société a décidé que la radiation de M. Escallier avec la cause de l'exclusion serait insérée au Bulletin. 25 avril 1851.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXVI^e ANNÉE

BULLETIN N° 7. JUILLET 1851.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. Extrait des procès verbaux.**—1. Lésion chronique des bourses séreuses de la paume de la main ; études sur leurs transformations successives, Fracture consolidée de l'extrémité inférieure du cubitus.—2. Tubercules des os.—3. Exostose éburnée du sinus frontal.—4. Vessie présentant des cavités surnuméraires.—5. Tubercule du cœur.—6. Tumeur blanche du genou.—7. Altération superficielle des os consécutive à une escharre.—8. Lésions de la fièvre typhoïde dans l'intestin grêle.—9. Calculs rénaux.—10. Cause anatomique d'une déviation particulière du doigt auriculaire.—11. Phlébite.—12. Tumeur résultant d'une ancienne apoplexie développée au dessous de la dure mère.—13. Tumeur blanche du genou.—14. Oblitération des conduits biliaires avec dilatation des canaux au-dessus de l'obstacle et production de calculs biliaires.—15. Calcul biliaire enchatonné à l'entrée du col de la vésicule.—16. Cancer du testicule.—17. Exostose de la crête du tibia.—18. Affection du maxillaire inférieur avec dépôt périostique extérieur.—19. Anomalie du muscle transverse du périnée.—20. Récidive d'une affection du périoste du maxillaire supérieur et des os de la face.—21. Pouce surnuméraire.—22. Etranglement intestinal occasionné par une bride épiploïque.—23. Tumeur fibreuse utérine avec productions calcaires.—24. Rétrécissement avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur.—25. Lipôme pourvu d'une cavité centrale.—26. Tumeur mélicérique du cou en bissac.—27. Pieds bots.
- B. Cancer du foie avec hémorrhagie dans la cavité du péritoine. Tubercules dans les poumons.** Extrait d'une observation de M. André. Discussion sur la curabilité du cancer.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
Anatomique.*

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Deville présente une *lésion chronique des bourses séreuses de la paume de la main*, avec corps étrangers dans une partie de leur étendue ; il la décrit lui-même en ces termes :

Ce fait assez remarquable dans lequel nous assistons à la transformation d'une tumeur liquide avec corps étranger, en une tumeur solide, du genre de celles qu'on a nommées fongueuses, a été observé sur la main d'un jeune sujet servant dans les pavillons de l'École Pratique aux répétitions des manœuvres opératoires.

Le sujet provenant d'un jeune homme de 14 à 15 ans, à peine pubère, était dans un grand état de délabrement, par suite d'une autopsie extrêmement avancée, quoique assez grossièrement faite, et par suite de nombreuses lésions bizarres, persistantes, et consistant en une induration en partie simple, en partie combinée avec une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané des quatre membres. Il est assez probable qu'il s'agissait là d'un érysipèle très étendu, terminé par suppuration, car l'infiltration purulente, là où elle existe, se trouve jusque dans les aréoles profondes de la peau, et n'offre d'ailleurs aucun des caractères du phlegmon diffus. Un fait vient confirmer cette probabilité ; la peau, dans le voisinage de cette lésion, est rugueuse en plusieurs points, d'un rouge pâle, livide çà et là, et présente les restes de plusieurs phlyctènes déchirées et éparses, d'un volume variable.

Plusieurs opérations ont été faites successivement sur ce sujet ; la main droite a été détruite entièrement, sans avoir rien présenté de particulier. La main gauche a été ensuite attaquée ; on a fait successivement toutes les désarticulations des phalanges, la désarticulation du pouce avec le premier métacarpien, sans constater rien de notable. On s'est occupé alors de la désarticulation du petit doigt simultanément avec le cinquième métacarpien. Au moment où cette opération a été pratiquée, on a constaté la présence d'une tumeur profonde de la région palmaire, tumeur mise immédiatement à découvert, sans être blessée, par l'enlèvement du cinquième

métacarpien sur la face antérieure duquel elle reposait immédiatement, et ayant les caractères extérieurs d'un ganglion tendineux.

Cette tumeur a attiré notre attention plus spécialement sur la main, et alors seulement, nous avons remarqué à la face antérieure du poignet l'existence d'une tumeur en bissac, que nous avons étudiée avec soin, puis disséquée. C'est le résultat de cette dissection que je sou mets à la Société Anatomique; la pièce un peu informe que je présente, permet de suivre aisément les particularités suivantes, malgré les mutilations nombreuses produites par les opérations précitées que cette main a subies.

Avant de disséquer, nous avons dû noter la forme extérieure de la paume de la main, forme qu'il n'est plus possible de voir aujourd'hui. Il y avait sur la face antérieure du poignet, une tumeur étranglée en forme de sablier au niveau du ligament antérieur du carpe. La partie supérieure, globuleuse, s'étalait au bas de l'avant-bras, au dessus du ligament, dans une étendue d'environ deux centimètres. La partie moyenne étranglée passait derrière le ligament du carpe qu'elle soulevait sensiblement. La partie inférieure, profondément placée dans la paume de la main, paraissait bien plus volumineuse que la supérieure et ne pouvait guère être limitée par la palpation; elle soulevait toute la région palmaire moyenne, dont elle avait presque complètement effacé la concavité. Toute la tumeur était d'une mollesse élastique; on ne faisait rien refluer par la pression du renflement supérieur dans le renflement inférieur, réciproquement la pression exercée sur l'un des deux l'affaissait, l'aplatissait notablement sur place, et dès qu'on la cessait, le renflement affaissé, aplati, reprenait de suite ses dimensions. Pas de fluctuation dans toute l'étendue.

Voici maintenant les résultats de la dissection, résultats que je mets successivement sous vos yeux, et que chacun de vous peut constater car les parties simplement isolées par la dissection, sont restées rigoureusement en place.

La peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose sont sains dans toute leur étendue, à part leur soulèvement, et sans adhérences avec la tumeur.

L'incision portant sur ces trois couches et sur le ligament annulaire, met à découvert la tumeur. Au premier abord, on croirait que tous les tendons fléchisseurs sont compris dans son épaisseur. Mais avec un peu d'attention, on parvient à séparer la tumeur en deux parties parallèles, descendant de haut en bas, dont l'une interne englobe dans son intérieur les deux tendons de l'annulaire et le tendon du fléchisseur profond du petit doigt, tandis que l'autre, externe, contient les deux tendons de l'indicateur et le tendon du fléchisseur profond du médus. Le tendon du fléchisseur superficiel du petit doigt, refoulé par la tumeur interne, va se perdre en s'aminçant, à moitié de la hauteur de la paume de la main, dans l'aponévrose palmaire. Le tendon du fléchisseur superficiel du médus paraissait aussi, au premier abord, englobé dans la tumeur, avant que celle-ci n'eût été séparée en deux ; mais il est incontestable que ce tendon est placé justement entre les deux portions bien distinctes, dans l'épaisseur, d'une lame du tissu cellulaire assez lâche, qui réunissait ces deux tumeurs ; autour de ce tendon, il y avait, et l'on peut le constater encore, tendance à la formation d'une bourgeonnance.

Ainsi, deux tumeurs parallèles, allongées, accolées, unies l'une à l'autre par un tissu cellulaire contenant dans son épaisseur le tendon du fléchisseur superficiel du médus, formaient en apparence d'abord une seule tumeur. Bien distinctes depuis leur extrémité supérieure et dans tout leur trajet, elles finissent par se réunir tout à fait en bas, par une tumeur transversale, placée profondément dans la paume de la main et plus volumineuse que les portions verticales. Réunies ainsi, les trois parties, lorsque les deux supérieures sont tenues écartées, forment en définitive une seule et même tumeur en forme d'U très allongé.

Voyons successivement la disposition de la branche interne, de la branche externe, et de la partie inférieure de cette tumeur.

La branche interne offre surtout la forme en bissac, à renflement supérieur globuleux d'un peu plus d'un centimètre de diamètre placé en bas de l'avant-bras, à rétrécissement très notable, corres-

pendant au ligament annulaire, et à renflement inférieur allongé, occupant de haut en bas toute la moitié interne de la hauteur de la paume de la main. — Le renflement supérieur et le rétrécissement sont constitués, par une masse solide, d'un gris rosé, élastique, légèrement translucide, adhérant intimement à la substance des tendons englobés, substance qui a conservé tous ses caractères, sans atrophie, au sein de cette substance solide qui l'entoure. C'est tout simplement du tissu fibro-plastique qui forme cette tumeur. — Le renflement inférieur composé par une substance solide toute pareille mais un peu plus blanchâtre, offre de plus une particularité importante. La substance solide n'adhère pas dans une grande partie de sa hauteur au tendon du fléchisseur superficiel de l'annulaire; elle laisse entre elle et ce tendon, un espace, une cavité affaissée, plus large par en bas qu'en haut. Dans cette cavité n'existe aucun liquide; tout est complètement sec, un peu poisseux seulement. On y trouve une dizaine de petits corps étrangers, de la dimension d'une lentille et au dessus aplatis, déformés, les uns contournés en demicorncs irréguliers, les autres polyédriques, mais toujours aplatis, ressemblant assez, pour leur forme, à certains fruits secs à trois ou quatre arêtes saillantes. Tous sont mous, élastiques, un peu tremblotants, d'un blanc translucide, d'une substance uniforme, comparable à de la gélatine coagulée un peu épaisse. Leur surface est régulièrement lisse, un peu poisseuse. Tous libres, ils sont logés dans les recoins de la cavité que laissent entre eux le tendon et les parois de la tumeur. Sur les parois de la même cavité font saillie des crêtes notables qu'on ne peut mieux comparer qu'à la saillie du vémontanum dans l'urètre; à base large et adhérente, à sommet libre et mince, lisses sur leurs deux faces, les unes, de forme demi-circulaire, les autres, très allongées, au nombre de 6, ces crêtes sont composées par une substance identique à celle des corps libres, se continuant intimement et insensiblement à la base, avec la substance plus ferme et plus opaque déjà citée, qui forme la tumeur. La cavité ainsi constituée, est fermée par en bas comme par en haut au moyen d'adhérences intimes avec la substance du tendon.

La branche externe, englobant les deux tendons fléchisseurs de

L'indicateur et le tendon du fléchisseur profond du médus, commence à l'avant-bras à la même hauteur que la précédente à laquelle elle est inférieure en volume et en épaisseur. Elle n'a pas la forme de bissac comme sa voisine; de son origine à l'avant-bras, jusqu'à sa terminaison au bas de la paume de la main, elle va en augmentant de volume, un peu dans le genre d'une petite massue. Composée par une substance blanc-grisâtre, un peu rosée, dans des points qui paraissent vasculaires, élastique, résistante, elle n'offre, aucune cavité; elle est partout adhérente d'une manière assez intime avec la substance intacte des tendons englobés.

La portion transversale qui réunit par en bas les deux branches en forme d'U, est placée derrière les tendons sur l'aponévrose interosseuse, à la terminaison inférieure de la paume de la main, juste au dessus du niveau de la tête des métacarpiens. D'abord peu épaisse et solide, elle se renfle au niveau de l'espace intermédiaire aux quatrième et cinquième métacarpiens, de manière à constituer une tumeur globuleuse du volume d'une petite noix: c'est celle mise à découvert par la désarticulation du cinquième métacarpien. Cette tumeur bien différente des précédentes, est molle, simple, à parois minces et transparentes, laissant voir à travers elles le contenu qui est un liquide épais et visqueux, d'un jaune ombré, très semblable à de la gelée de coings à demi coagulée, tenant en suspension une vingtaine de corps étrangers, blancs, translucides, identiques, à part leur volume plus petit et un aplatissement moindre, aux corps libres déjà décrits de la cavité de la branche interne. Il y a continuité intime entre la substance de cette partie inférieure et la substance des deux branches latérales; mais la cavité qui forme son renflement interne ne communique pas avec la cavité vide de laquelle, de la branche interne.

À part le tendon fléchisseur superficiel du petit doigt, tous les tendons ont conservé leur volume et leur structure intactes. Ils adhèrent plus intimement à la substance grise blanchâtre des tumeurs à leur entrée et à leur sortie, que dans le reste du trajet intermédiaire.

Il y a entre les tendons et les organes en rapport, des déplacements qui n'ont pas grande importance. Ainsi, le nerf médian, au lieu d'être au bas de l'avant-bras, entre les deux plans de tendons, est rejeté en avant, et déjà tout à fait superficiel. Les tendons eux-mêmes sont un peu déviés, mais tout cela est accessoire.

Dans toutes les parties de sa face antérieure, du côté de l'aponévrose superficielle ou palmaire, l'ensemble de la tumeur est bien limité, sans adhérences aucunes, avec les organes voisins. Il n'en est pas de même sur la face postérieure où des adhérences nombreuses, par l'intermédiaire d'un tissu cellulo-fibreux assez serré, unissent la tumeur sur beaucoup de points, avec l'aponévrose interosseuse.

J'ai dit en commençant que nous assistions ici à la transformation d'un kyste séreux, avec corps étrangers, en une tumeur dite fongueuse. Cela n'est-il pas évident? A la partie inférieure, là où les liquides sont plutôt entraînés par la pesanteur, nous trouvons encore du liquide, mais épais, tendant à disparaître, tenant en suspension des corps étrangers. Plus haut, dans la branche interne de la tumeur, il y a encore des corps étrangers et une cavité; seulement la cavité ne renferme plus aucun liquide, est affaissée, tend à disparaître, a disparu même dans la moitié supérieure. Dans la branche externe, il n'y a pas de cavité du tout; on ne trouve plus qu'une substance solide, adhérant complètement à la substance des tendons. Il est difficile de mieux suivre pas à pas les modifications successives.

On pourrait se demander ce que deviennent les corps étrangers pendant ce travail; quelle est à ce point de vue la signification des crêtes adhérentes, que nous voyons dans l'intérieur de la cavité affaissée de la branche interne. Dans sa thèse de concours sur les tumeurs ganglionnaires du poignet, M. Michon, rappelant l'opinion de Laennec et de Hyrtl, s'appuyant d'ailleurs sur mes recherches relatives à l'arthrite sèche, a pensé que ces crêtes dans les bourses séreuses étaient l'analogue des brides et franges des cavités synoviales, et représentaient dans un cas comme dans l'autre, l'origine des corps étrangers. Mais ici ne pourrait-on pas supposer contrairement à cette opinion, que les crêtes ne sont que d'anciens corps li-

bres, (puisque leur structure est identique), devenus adhérents par le fait du travail de guérison, pour se perdre plus tard dans les parois. Une objection se présente contre cette dernière manière de voir, objection puisée dans la longueur de deux des crêtes, qui sont presque analogues à ce point de vue, au véru-montanum dans l'urètre; il serait difficile de supposer qu'il y eût eu antérieurement dans la cavité un corps étranger aussi long que cela, par rapport à son étendue. On pourrait répondre il est vrai, qu'il a été déformé ultérieurement. Quoiqu'il en soit de tout cela, il faut reconnaître que cette discussion soulevée, mais non traitée, dans l'exposé qui précède, est encore en litige.

Pour terminer cette intéressante observation, j'ai encore à dire, quelques mots sur une lésion de l'avant-bras gauche du même sujet, lésion qui a pu avoir une bien grande influence sur celle des bourses séreuses, qui est du même côté, soit au point de vue de sa production, soit au point de vue de sa transformation, soit aux deux points, vue à la fois. Je veux parler d'une fracture consolidée de l'extrémité inférieure du cubitus.

Les épiphyses de cet avant bras sont toutes cartilagineuses.

Le cubitus a été fracturé à un peu plus de trois centimètres de son extrémité inférieure, presque vis-à-vis les attaches supérieures du muscle carré pronateur, qui recouvre ainsi en partie la fracture; il en est résulté une diminution de longueur, car la ligne de l'articulation radio-carpienne est beaucoup plus oblique en haut et en dedans que d'ordinaire.

Les articulations radio-carpiennes, les articulations des doigts, les gânes digitales des tendons fléchisseurs sont saines et libres, ce qui prouve que les mouvements, au moins ceux d'ensemble, étaient conservés, et en tout cas, que les articulations ne paraissent pas avoir souffert de lésions traumatiques graves.

Voyons maintenant ce qui s'est passé au niveau de la lésion.

La fracture est indiquée à l'extérieur par un gros cal un peu fusiforme, formant sur le cubitus un noyau renflé, marqué sur tout le pourtour, mais plus sur la face externe ou radiale, moins sur la

face interne, avec transitions proportionnelles sur les faces antérieure et postérieure. Le cal qui a 3 centimètres environ de hauteur, est prolongé en haut et en bas sur la face extérieure de l'os, par des lames adhérentes qui diminuent graduellement d'épaisseur, en s'éloignant du cal, identiques à ces lames osseuses, criblées et veloutées, confondues aux périostites. Partout continue avec elle-même, la substance osseuse du cal établit une continuité complète entre le fragment supérieur et l'inférieur. Du côté du radius, le cal se prolonge notablement vers l'espace inter-osseux, sous forme d'une masse osseuse, criblée de trous que séparent quelques aiguilles irrégulières, qui paraissait d'abord se continuer intimement avec un gros dépôt de substance osseuse, plaqué, (intimement uni à l'os sous-jacent), contre la face inter-osseuse correspondante du radius.

Le dépôt osseux sur le radius, constitue sur sa face interne ou inter-osseuse et un peu antérieure, une grosse plaque saillante, ovale, à grand diamètre vertical de plus de 3 centimètres de haut. Il est prolongé un peu à ses limites, par des lames périostales ossifiées et adhérentes, identiques à celles du cubitus. La face externe et postérieure de l'os est parfaitement saine à ce niveau.

Par la macération, l'adhérence qui paraissait intime et réunir définitivement les os entre eux, s'est rompue par suite d'un très petit mouvement de diduction. Il est facile de constater maintenant par le poli des surfaces et le tissu fibreux qui en comble les sinuosités, qu'il n'y avait qu'adhérence fibreuse, et par conséquent qu'il n'aurait pas été impossible pendant la vie, d'obtenir une séparation et le retour du mouvement de pronation.

Le cubitus étant scié dans le sens de sa longueur, on constate que le dépôt du cal est surtout adhérent au fragment supérieur; il l'entoure de toutes parts, de manière à être entièrement confondu avec lui, bien que par la différence de structure, il soit possible de limiter encore le point d'union. Il n'en est pas de même du fragment inférieur; celui-ci n'est uni au cal que dans son pourtour, par l'intermédiaire des lames périostales signalées. Dans tout le reste de son étendue, le fragment supérieur n'est qu'engrené, mais non uni au supérieur et au cal, par des pointes osseuses mousses, réciproques,

s'adaptant très bien les unes aux autres, pas assez néanmoins pour que sur la surface de la coupe, on ne retrouve parfaitement accentuée, le long du fragment inférieur, en quelques endroits même par des vides, la ligne de la fracture. Aussi une légère flexion suivant l'axe de la longueur, imprimée à l'un des deux morceaux du cubitus scié, a déterminé la séparation brusque et nette du fragment inférieur. La surface de la fracture mise par là à découvert, constituée sur le fragment inférieur, un cône plein à sommet supérieur assez aigu, qui devait être reçu dans une cavité conique creusée du fragment supérieur.

La cavité médullaire ou plutôt pour le fragment inférieur le centre aréolaire des deux fragments est comblée par une substance assez compacte constituant pour chacun un bouchon distinct qui s'est formé là, indépendamment du cal extérieur, par l'activité propre du fragment. Cette formation isolée dans chaque fragment d'un bouchon distinct, car la ligne de la fracture passe positivement entre les deux, est un fait bien curieux, comme on comprend.

La ligne de la fracture étant si bien accentuée sur la coupe de l'os, si l'on revient à l'examen de la surface extérieure du cal, on y trouve la même ligne accentuée sur tout le pourtour, par une crête osseuse saillante et continue.

Il résulte de ces détails que la fracture avait dû avoir lieu de 3 à 4 ou 5 mois au plus, avant la mort.

À part le raccourcissement, les deux fragments étaient bien en rapport, sans déplacements, sauf un peu d'incurvation du cubitus en arrière.

Tous les muscles, même le carré pronateur entourant la fracture, sont sains. C'est un peu au dessous de son niveau, que commence autour des tendons fléchisseurs la lésion synoviale décrite en commençant.

Je n'insiste pas davantage sur cette fracture qui, à elle seule, mériterait un travail isolé aux divers points de vue du mécanisme suivant lequel elle a dû être produite, du mode de formation du cal, du mode d'union des deux os de l'avant-bras, etc. Il importait de la

décrire surtout à cause des rapports qu'elle a dû avoir avec les lésions des séreuses palmaires. Je n'entrerai dans aucun détail maintenant sur ces rapports ; chacun sera en mesure de faire aussi bien que moi des rapprochements dont l'évidence ne saurait être niée.

2. M. Verneuil montre des *tubercules des os*. Une femme entre à l'Hôtel-Dieu pour une fracture du fémur du côté droit. Pendant le traitement de cette lésion traumatique, elle accusait quelques douleurs peu vives dans la région lombaire et sacrée gauche. A l'autopsie, on trouva au niveau du côté gauche du sacrum et de la symphyse sacro-iliaque du même côté, une poche à parois épaisses soulevant les muscles de la partie postérieure et supérieure du petit bassin et s'insérant à un sourcil osseux inégal qui bordait l'entrée d'une cavité creusée dans les premières pièces du sacrum et un peu dans l'os iliaque. Cette poche contenait une matière jaunâtre épaisse : plusieurs portions de cette matière examinées au microscope, ne présentèrent que du pus, mais dans le fond de la cavité, on rencontrait de la matière tuberculeuse. Ce sacrum était creusé d'une cavité anfractueuse inégale, sur les parois de laquelle on ne trouve pas de kyste fibreux, mais uniquement une matière molle, jaune, sans aucun sequestre. Le tissu osseux périphérique était condensé, la partie spongieuse beaucoup plus résistante. La première paire du côté gauche était complètement interrompue ; on n'a pu malheureusement savoir quels symptômes coïncidaient pendant la vie avec cette lésion. M. Verneuil trouve dans cet exemple de tuberculisation, un fait curieux, c'est l'absence de sequestre osseux qui a toujours été indiqué dans l'infiltration tuberculeuse, forme sous laquelle la lésion existait dans ce cas, car les caractères du tubercule enkysté font complètement défaut.

M. Broca. La cavité anfractueuse creusée dans le sacrum a été peut-être le résultat de la confluence de plusieurs tubercules enkystés.

M. Verneuil. J'ai constaté que dans la cavité, il n'y avait aucune paroi membraneuse, et que l'os était complètement à nu.

M. Broca. La condensation du tissu osseux périphérique n'appartient pas au tubercule infiltré, mais bien à la forme enkystée.

3. M. Weiss met sous les yeux de la Société une *exostose éburnée du sinus frontal* appartenant au musée de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Cette tumeur du volume d'un gros œuf, presque ronde, éburnée, est contenue dans l'écartement des lames du frontal au niveau du sinus de cet os; supérieurement elle est séparée de la paroi supérieure du sinus par un petit espace vide. En bas, elle est recouverte par des lamelles minces du tissu osseux.

M. Verneuil. Des tumeurs osseuses peuvent se développer dans la muqueuse qui tapisse les parois des sinus, par exemple dans le sinus maxillaire. M. Follin a montré récemment à la Société de Biologie, de petites tumeurs osseuses contenues dans l'épaisseur de la muqueuse du sinus maxillaire et sans aucune connexion avec l'os.

M. Houel. Je ne crois pas qu'on ait indiqué l'existence de tumeurs osseuses d'un semblable volume dans les sinus; souvent ces tumeurs, comme l'a démontré M. Cruveilhier, se sont développées en dehors des sinus et y ont pénétré consécutivement.

M. Broca. Les exostoses de ce genre ont une grande dureté; dernièrement M. Jobert a essayé vainement d'appliquer dans un cas semblable une couronne de trépan qui ne put attaquer la tumeur.

4. M. Armand-Moreau présente une vessie offrant deux cavités surnuméraires de grandeur inégale. La plus volumineuse qui est capable de loger une petite pomme est placée à gauche et près de l'orifice vésical de l'uretère du même côté. Ses parois sont épaisses, et à la surface on peut tracer quelques fibres musculaires plus abondantes sur les deux parties latérales de la tumeur que tout à fait à son sommet. L'orifice de communication avec la grande cavité vésicale, permettait le passage de l'index; il était circulaire, ses bords un peu frangés. Une autre cavité surnuméraire du volume d'un gros pois existait en dehors et à droite de l'uretère droit. Aucune de ces deux cavités ne contenait de calculs. Deux fistules anciennes faisaient communiquer la vessie avec le périnée, une infiltration urinaire avait occasionné un abcès au niveau de la courbure de l'urètre en arrière d'un rétrécissement.

M. Houel. Les faits de ce genre ne sont pas très rares. Les poches sont en général doubles et symétriques quant à leur position sur les deux côtés de la vessie situées le plus souvent en dehors et près de l'orifice vésical des uretères.

5. M. Tison montre un *tubercule du cœur*. Un enfant entré l'année dernière à l'hôpital des Enfants a succombé avec les symptômes d'une tuberculisation générale. A l'autopsie, on trouva les poumons sains, ne présentant aucun tubercule pas plus que les ganglions bronchiques. Sur la surface externe des ventricules, entre la substance musculaire et la séreuse viscérale, existait un tubercule du volume d'un haricot, dans lequel le microscope a fait reconnaître les caractères du tubercule. Le foie très volumineux était gras et se laissait malaxer comme un morceau de beurre. La rate avait doublé de volume, son tissu était sain. Les reins pâles, décolorés, contenaient un grand nombre de petites gouttelettes huileuses au milieu d'une matière granuleuse amorphe. Les ganglions inguinaux étaient tuberculeux. Plusieurs articulations présentaient les lésions de la tumeur blanche; l'articulation scapulo-humérale gauche, le métacarpe du même côté, plusieurs articulations tarsiennes et métatarsiennes droites.

6. M. Rombeau présente une *tumeur blanche du genou* appartenant à un enfant amputé de la cuisse à l'hôpital des Enfants (service de M. P. Guersant). Cet enfant, âgé de dix ans et demi, rachitique, avait été atteint plusieurs fois d'engorgements ganglionnaires et d'ophtalmies chroniques; il entra à l'hôpital présentant tous les signes d'une tumeur blanche du genou. L'articulation était ouverte à la partie antérieure; un large trajet fistuleux permettait de voir une partie de l'intérieur de l'articulation. L'amputation fut pratiquée. Le fémur était creusé d'une vaste excavation capable de loger un œuf de pigeon; le tissu osseux et médullaire était enflammé, les cartilages détruits; des productions osseuses nouvelles étaient déposées sur plusieurs points de l'extrémité articulaire du fémur. La cavité de l'articulation contenait une grande quantité de pus et un coagulum, léger et poreux du volume d'une amande; un autre plus volumineux et de même nature, était déjà sorti de l'articulation pen-

dant la vie. Les deux fémurs étaient incurvés; la convexité dirigée en avant et la concavité en arrière. Les os du tarse de ce sujet étaient friables et se laissaient couper avec un scalpel.

M. Verneuil. J'ai remarqué une disposition particulière des canalicules osseux dans les os rachitiques au niveau du sommet de la courbure; c'est, comme on le voit dans ce cas, un changement dans leur direction; ainsi, au lieu d'être parallèles au grand axe de l'os, ces canalicules semblent partir du sommet de la courbure et s'écarter de plus en plus en rayonnant, partant tous de ce point commun.

7. M. Verneuil présente une altération superficielle des os consistant à une *escharre*. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'une femme adulte, assez grasse, apporté dans les pavillons de l'école pratique. Au niveau de la malléole interne droite existait une vaste plaque noirâtre offrant tous les caractères d'une escarre et laissant l'os à nu; les parties molles environnantes étaient infiltrées, indurées, le tendon du muscle jambier postérieur rompu; les autres gaines tendineuses non oblitérées étaient détruites. Les cartilages avaient complètement disparu dans l'intérieur de l'articulation, les os un peu noirâtres avaient conservé leur forme; de petits sequestres très téneus, sur lesquels on trouve encore des débris de cartilages existent sur la surface articulaire de l'astragale dont la lame compacte est détruite. Les os étaient un peu ramollis mais uniquement près de leur surface; le scalpel les pénétrait assez facilement jusqu'à une profondeur de 1 à 1 1/2 centimètre; plus haut, ils avaient conservé leur consistance normale.

Cette altération, constituée principalement par la destruction du cartilage et la formation de sequestres superficiels décortiquant les surfaces diarthrodiales, ne me paraît pas appartenir, dit M. Verneuil, à une carie dont la plupart des caractères manquent, mais uniquement à la propagation d'un travail ulcératif qui a commencé par la peau.

8. M. André met sous les yeux de la Société la fin d'un intestin grêle offrant les lésions de la *fièvre typhoïde* à un haut degré. La surface de la muqueuse d'une couleur lie-de-vin claire est parse-

mée d'un grand nombre de follicules isolés, très développés; du volume d'un gros pois, les plaques sont très saillantes; à peine ulcérées. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'une femme entrée à l'Hôtel-Dieu (service de M. Chomel) avec des vomissements verdâtres, un état d'affaissement considérable une coloration noirâtre du pourtour des yeux accompagnant les symptômes d'une fièvre typhoïde.

9. M. Weiss montre dix *calculs rénaux* très volumineux, de formes diverses; les uns représentent exactement la forme des calices, un autre celle du bassin et du commencement de l'uretère; ces calculs sont brunâtres à leur surface, médiocrement durs. Dix-sept calculs de même espèce existaient dans le rein gauche. L'individu qui portait ces corps étrangers était un garde républicain à cheval, entré il y a deux mois à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et mort le 4^e juillet. Depuis dix à douze ans, cet homme ressentait par moments les accidents de la pyélite, l'urine contenait du pus, quelquefois les accidents prenaient une forme aiguë, s'accompagnaient de fièvre et de douleurs vives, puis se calmaient de nouveau et permettaient à ce soldat de remplir ses occupations habituelles. Il y a 2 mois, les accidents devinrent beaucoup plus aigus, furent suivis des symptômes de la fièvre hectique et de la mort. A l'autopsie, on trouva au dessous du rein gauche une cavité purulente circonscrite, sans communication avec l'organe urinaire. Les reins représentaient deux vastes poches, interrompues par des cloisons incomplètes et contenant les calculs décrits plus haut. La substance du rein était réduite à une lamelle mince.

10. M. Verneuil présente quelques considérations anatomiques propres à expliquer une *déviation particulière du doigt annulaire*. Dans les rétractions de l'aponévrose palmaire, j'ai remarqué, dit-il, une espèce de déviation des appendices digitaux qui n'est pas rare à beaucoup près. Souvent le doigt auriculaire est seul dévié, fléchi, entraîné dans l'adduction avec rotation légère dans l'articulation métacarpo-phalangienne; la concavité de l'arc qu'il forme étant tournée vers l'éminence thénar. Examinant la base du doigt, on remarque

que la rétraction est due à l'existence d'une bride placée sur son côté radial. Or en étudiant l'aponévrose palmaire, on voit qu'arrivée à l'intervalle interdigital du 4^e et 5^e doigt, elle envoie des prolongements à la première, quelquefois même à la deuxième phalange de l'auriculaire, en tout cas, la languette interdigitale se sépare en deux parties, l'une allant au côté radial de l'auriculaire, le côté cubital en étant dépourvu; l'autre gagne le bord cubital de l'annulaire. Lorsqu'il y a par conséquent rétraction de l'aponévrose palmaire, cette languette devenant très forte et ne trouvant pas de résistance du côté opposé du doigt, fait éprouver à l'auriculaire, outre la flexion un mouvement de rotation qu'on ne retrouve pas dans la flexion des autres doigts qui est directe. J'ai parcouru les mémoires de Dupuytren, Goyrand, la thèse de Gastel, je n'ai point trouvé d'explication satisfaisante de cette déviation. Il faut ajouter que la rétraction de l'aponévrose n'est pas le seul agent du déplacement, les fibres des muscles de la région hypothénar s'insèrent en grand nombre à la face profonde de l'aponévrose et peuvent ainsi causer la rétraction.

11. M. Armand-Moreau montre une *veine enflammée* trouvée sur le cadavre d'un homme mort d'infection purulente trois semaines après l'amputation de la jambe. Des foyers purulents existaient dans le poulmon; on n'en rencontrait pas dans le foie; mais la plèvre contenait un liquide purulent. La veine saphène, la fémorale et les branches profondes contenaient des caillots sanguins fermes; la phlegmasie était à son plus haut degré, au niveau de l'abouchement de la saphène dans la fémorale; à cet endroit, le calibre du vaisseau était en partie bouché par un caillot jaunâtre qui paraissait pénétrer de plus jusqu'à sa surface qui adhérait intimement à la paroi interne et permettait néanmoins encore le passage du sang; la membrane interne était d'une couleur rouge brunâtre et s'enlevait facilement avec le caillot; aucun réseau vasculaire ne s'observait au dessous de la membrane interne.

M. Lebert. Ce n'est pas en effet au dessous de la membrane interne qu'on retrouve les réseaux vasculaires, mais dans les tuniques moyenne ou externe.

M. Broca. Dans ce cas, le caillot qui présentait du pus n'empêchait pas le trajet du sang, j'ai rencontré des cas semblables dans lesquels le sang était en contact avec le produit purulent.

12. M. Chassin fait voir une tumeur volumineuse de la largeur de la main développée au dessous de la dure-mère.

M., est entré le 13 juin 1848 à l'hospice de Bicêtre, service de M. Moreau; son père, d'une bonne constitution, adonné aux excès alcooliques, a succombé jeune; sa mère âgée de 43 ans jouit actuellement d'une bonne santé; elle avait eu avant le jeune homme qui fait le sujet de cette observation un autre enfant qui mourut jeune d'une affection intestinale. Dans sa deuxième grossesse, cette femme assure n'avoir rien remarqué d'anormal, si ce n'est un volume considérable du ventre et de l'œdème des membres inférieurs, l'accouchement fut facile; M. n'offrit à la naissance aucune difformité et fut envoyé en nourrice. Dix mois après, sa mère le trouvant maigre et souffrant le reprit chez elle; sous l'influence de ses soins, la constitution de l'enfant s'améliora; mais depuis l'âge de deux ans jusqu'à 5 ans et demi, la tête acquit graduellement un volume considérable comme j'ai pu m'en convaincre par l'examen comparé du bonnet qu'il portait à cet âge et la casquette dont il se sert actuellement la différence est au plus de 0 m., 05. Depuis cette époque, toute la constitution du jeune M., parut se détériorer, sa marche était incertaine et les chutes fréquentes. Son intelligence demeurait néanmoins développée et ses études primaires étaient faites avec succès. De 7 à 16 ans, le corps se développa régulièrement, mais le volume considérable de la tête persista, puis on vit se développer des idées de grandeur, de monomanie ambitieuse. A 16 ans, il entre en apprentissage et devient un bon ouvrier; à 17 ans, M., se livre avec ardeur aux rapports sexuels et contracte une blennorrhagie. A la même époque, il est atteint d'une maladie grave qu'on nomme fièvre cérébrale accompagnée de délire et d'accidents nerveux. Entré en convalescence, il se livra aux excès de tous genres; cependant par moments sa raison devenait plus calme et il se repentait de sa conduite. Ainsi, il se présenta au commissaire de police et se fit conduire à Bicêtre; il ne tarda pas à sortir de cet établisse-

ment. En septembre 1847, il y fut conduit de nouveau ayant été arrêté à la suite d'une rixe. M. fut envoyé aux travaux de la ferme. En février 1848, il s'évada de l'hospice, et demeura tranquille à Paris. Dans la même année, il s'enrôle dans l'armée, et avant de rejoindre son régiment, se livre à une orgie à une des barrières de Paris, et se fait lui-même conduire à Bicêtre qu'il n'a pas quitté depuis. Entré dans l'établissement, M. fut occupé aux travaux de la ferme Ste-Anne. En mars 1850, début brusque d'une apoplexie cérébrale s'annonçant par des symptômes de paralysie générale, puis une hémiplegie du côté gauche qui jamais ne se dissipa complètement. M. continue à éprouver quelques douleurs de tête, des vertiges. Nouvelle attaque en mars 1851 suivie d'accidents hémiplegiques du même côté, mais durant plus longtemps; le bras demeura constamment un peu faible, et la sensibilité tactile de la main du même côté émoussée. A la suite de ces deux attaques, le caractère du malade était devenu plus sombre; il accusait fréquemment des douleurs dans un point de la tête. On eut recours dans ces diverses périodes de la maladie à quelques saignées générales et locales, puis à un traitement émollient. Le 20 mai 1851, se déclare une nouvelle attaque apoplectique avec prostration extrême, refroidissement des extrémités; une saignée locale au moyen de piqûres de sangsues dont on entretient l'écoulement, produit une amélioration momentanée. Dans la nuit suivante, les symptômes augmentent de nouveau de gravité et se compliquent d'accidents spasmodiques nerveux répétés et comparables à de l'épilepsie. On a recours à une nouvelle émission sanguine, le malade tombe dans le coma et succombe le 22 mai.

Autopsie. Circonférence du crâne suivant une ligne passant par les bosses pariétales et occipitale externe 0 m., 72. Diamètre du crâne de l'épine nasale à la protubérance occipitale externe 0 m., 44. Diamètre transversal, d'un conduit auditif à l'autre 0 m., 48. L'épaisseur des parois du crâne est presque normale. Extérieurement la dure-mère paraît intacte, au dessous de la dure-mère existe une tumeur considérable occupant tout le côté droit ayant les dimensions suivantes: d'avant en arrière 0 m., 18, de haut en bas 0 m., 13 et en largeur 0 m., 07; elle adhère intimement en haut à la

dure-mère et en bas à l'arachnoïde considérablement épaissie; autour de cette masse principale, on rencontre d'autres petites tumeurs les unes comme crayeuses, les autres semi-molles. Tout autour le tissu cérébral est comme ramolli. A gauche existe une autre tumeur un peu moins considérable, limitée par des parois épaisses fibreuses et parsemées de plaques crétacées contenant une matière semi-molle, comparable pour l'aspect à de la matière tuberculeuse ramollie. Cette tumeur est séparée de celle du côté opposé par le sinus longitudinal supérieur et la faux du cervelet qui est intacte. Au dessous, le cerveau était petit relativement à la dimension de la cavité crânienne, la pie-mère était injectée, les circonvolutions aplaties, les ventricules dilatés par une sérosité citrine abondante. Les autres organes étaient sains.

MM. *Cruveilhier* et *Lebert* trouvent dans cette lésion les caractères d'un ancien épanchement sanguin.

13. M. *Broca* présente une tumeur blanche du genou; les cartilages détachés par place et amincis entraînent avec eux de petits fragments osseux de l'épiphyse. Cette lésion démontre l'adhérence intime du cartilage à l'os.

M. *Barth* présente plusieurs pièces.

14. Une *oblitération des conduits biliaires dans le foie avec dilatation des canaux au dessus de l'obstacle et production de calculs biliaires*. Une femme de 68 ans était entrée, il y a 7 semaines à l'infirmerie de l'hospice de la Salpêtrière, atteinte d'une diarrhée, accompagnée de quelques vomissements: jamais l'examen ne fit découvrir aucune tumeur au niveau de la région stomacale. La malade succomba. A l'ouverture du cadavre, on rencontra la face interne du cæcum, du colon ascendant comme tapissée de détritus pseudo-membraneux; des ulcérations nombreuses avec décollement des bords existaient dans le colon transverse et descendant. Le foie considéré dans son ensemble n'offrait rien d'anormal, seulement sur la surface convexe du petit lobe et à gauche du ligament suspensur, on trouvait une plaque blanchâtre, comme l'indice d'une disparition du tissu du foie; à ce niveau, les rameaux de la veine-porte et des veines sushépatiques étaient sains. Les canaux biliaires

dans une étendue de 4-5 centimètres éprouvaient une dilatation considérable dans l'intérieur de cette masse blanche ; leur calibre étant supérieur à celui du canal cholédoque, leur face interne était blanche, leurs tuniques considérablement épaissies ; ils contenaient plusieurs petits calculs noirâtres sphériques, placés au milieu d'un mucus légèrement verdâtre. En cherchant la cause de cette dilatation des canaux biliaires, on trouvait qu'un rameau principal auquel se rendaient ces canalicules était oblitéré complètement à environ deux travers de doigt de l'origine du canal hépatique. Les autres canaux biliaires n'étaient pas dilatés et ne contenaient pas de calculs.

15. Un calcul biliaire enchatonné à l'entrée du col de la vésicule empêchant l'entrée de la bile dans son intérieur. Un peu au dessus de l'obstacle formé par le calcul, les parois du canal sont d'un blanc rosé nullement colorées par la bile. La vésicule à parois épaissies, remarquable par le développement considérable des fibres musculaires, contenait quatre calculs blancs du volume d'un gros pois, puis cinq ou six autres plus petits de la même couleur.

16. M. Letixerant montre un cancer du testicule. Un jeune homme atteint, il y a 8 mois, de chancres et de bubons, n'avait présenté depuis cette époque aucun symptôme de syphilis constitutionnelle. Il entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. Jobert) présentant une tumeur volumineuse du testicule, tumeur lourde, lisse sans adhérence avec la peau, donnant lieu à quelques douleurs lancinantes et faisant naître par la pression chez le malade la sensation que produit la compression du testicule. M. Jobert enleva cette tumeur qu'on trouva constituée par une masse encéphaloïde cancéreuse du volume d'une grosse pomme sur laquelle le testicule était étalé comme une enveloppe superficielle et mince.

17. M. Fernouil montre une exostose de la crête du tibia, trouvée sur le cadavre d'un homme mort de variole ; on trouvait sur la face antérieure du tibia une cicatrice blanchâtre assez allongée, adhérente à l'os formant à ce niveau une tuméfaction considérable. La tuméfaction était bornée à la crête du tibia ; la tumeur avait une longueur de 5-6 centimètres sur une largeur un peu moindre ; le tissu nou-

veau était dur, blanchâtre, creusé à sa partie centrale d'une petite cavité ayant 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de longueur environ, correspondant à la surface externe ancienne de l'os. Cette cavité close de toutes parts contenait une matière jaune verdâtre formée, comme le montrait l'examen microscopique, presque uniquement de graisse; on trouvait aussi, après avoir fait dissoudre la graisse par l'éther, quelques globules de pus assez bien formés, sans noyaux évidents. Cette disposition anatomique nous a montré qu'il y avait eu dans ce cas à la suite d'une action traumatique, blessure de la peau, formation d'un phlegmon sous-périostique : la suppuration emprisonnée était devenue la cause d'une ostéite avec végétations osseuses qui avaient donné lieu à la tumeur dure qu'on trouve aujourd'hui et qui dépend manifestement d'une maladie ancienne, nullement de l'affection variolique récente.

M. *Lebert*. L'examen à l'œil nu aurait pu faire attribuer cette cavité à l'altération tuberculeuse des os. La production de graisse se rattache à ce fait que tous les tissus normaux en se détériorant donnent lieu au dépôt de la graisse, mais plutôt sous forme granuleuse que liquide.

18. M. *Verneuil* met également sous les yeux de la Société une affection de l'os maxillaire inférieur avec dépôt périostique extérieur. Une jeune fille de 16 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé est entrée, il y a quelque temps à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Maisonneuve qui a bien voulu me confier cette pièce; la malade attribuait la maladie à un coup violent qu'elle aurait reçu 4 ans auparavant sur le côté droit de la mâchoire inférieure. Depuis 10 mois, elle éprouve dans cette région des douleurs vagues, de la difficulté dans la mastication; depuis 5 mois, l'os maxillaire inférieur à droite a commencé à se tuméfier, les douleurs ont été toujours très peu vives. Depuis le séjour de la malade à l'hôpital, des hémorrhagies de plus en plus abondantes au pourtour des dents se sont manifestées et ont engagé le chirurgien à faire l'ablation du mal. M. Maisonneuve a désarticulé dans l'articulation temporo-maxillaire droite, puis a fait section du corps de l'os, un peu à gauche de la

ligne médiane. On trouve toute la moitié latérale droite de l'os tuméfiée; cette tuméfaction porte presque entièrement sur la face externe de l'os; les insertions musculaires sont normales et solides. L'os maxillaire a sa forme normale, la couche superficielle semi-molle semble un peu fluctuante dans un endroit peu large, la surface de l'os ancien rugueuse sert d'implantation à une foule d'aiguilles osseuses libres en dehors, coniques, parallèles et dont les intervalles sont remplis par une matière dense, épaisse par places, qui ne contient pas de suc cancéreux; ailleurs au contraire, on exprime du suc d'aspect cancéreux. Le condyle est sain. Les alvéoles sont augmentées de capacité, les dents sont saines ainsi que le nerf dentaire. En pratiquant la coupe de l'os, on trouve qu'il renferme plusieurs petites cavités. Ces cavités kystiques situées au centre de l'os contenaient un suc filant coloré en rouge par du sang et présentant à l'examen microscopique des cellules cancéreuses en grand nombre. La matière semi-molle interposée aux aiguilles osseuses implantées sur la surface externe de l'os présentait également à l'examen microscopique des cellules cancéreuses et des noyaux en grand nombre qui étaient au contraire rares dans les cavités kystiques.

19. M. Broca montre une *anomalie du muscle transverse du périnée*. Un faisceau musculaire volumineux naissant à 10 centimètre, en dehors de l'ischion et se jetant sur le raphé médian du périnée, s'étale sur la partie postérieure de la fesse et de la cuisse; du côté droit, outre ce faisceau, on trouve le muscle transverse normal.

20. M. Verneuil communique le résultat de l'examen microscopique de fragments osseux de la face enlevés pour la récidive d'une maladie des os qui a nécessité l'ablation des deux maxillaires supérieurs, l'un enlevé par M. Cucco, l'autre plus tard par M. Maisonneuve (vide Bullet. mars 1851. Ce dernier chirurgien a enlevé des morceaux de l'os malaire, de l'apophyse orbitaire interne, de l'éthmoïde; sur ces fragments les aiguilles osseuses étaient rares, au contraire, on rencontrait de nombreux bourgeons charnus. J'ai examiné ces productions morbides au microscope avec M. Broca. Nous n'y avons trouvé que des noyaux mal caractérisés et des cellules cap-

céreuses. Dans les deux ablations pratiquées antérieurement, la lésion avait été reconnue de nature fibro-plastique. On serait donc amené à se demander si le cancer ne s'est pas développé secondairement ? ou bien si ces deux lésions n'ont pas toujours coexisté ? Si chez ce sujet, l'on rencontrait plus tard du tissu cancéreux dans d'autres organes de l'économie, on aurait tort avec une observation qui laisse beaucoup de doute de vouloir rejeter tout ce que des faits bien recueillis nous ont enseigné sur l'histoire du tissu fibro-plastique.

M. Lebert. J'ai examiné au microscope le maxillaire supérieur enlevé lors de la première opération : la lésion m'avait paru offrir les caractères douteux du cancer. Sur une des récidives, les caractères de la lésion n'étaient pas plus tranchés. Je ferai remarquer ici que cette incertitude sur la nature réelle du mal vient à l'appui de ce que j'ai écrit dans mon *Traité des maladies cancéreuses*, que dans les os le cancer ne présente pas des caractères aussi tranchés que dans les autres organes.

M. Broca. Les faits que j'ai examinés, me font revenir à l'opinion que j'avais émise dans mon compte-rendu de l'an dernier, que les aiguilles osseuses parallèles, serrées et perpendiculaires à l'os n'ont été jusqu'ici observées que dans le cancer.

21. *M. Bouteiller* envoie le moule en plâtre d'une main qui présente un pouce surnuméraire. L'individu sur lequel cette difformité a été observée a une trentaine d'années; il n'a aucune autre infirmité, et personne dans sa famille n'a offert rien de semblable. Le premier os métacarpien de la main gauche de ce sujet est en tout semblable à celui de la droite; mais au toucher, on reconnaît que la première, phalange du côté gauche est double et que ce sont deux os soudés, cela est surtout sensible près de l'articulation métacarpo-phalangienne: aussi j'ai acquis la presque certitude qu'il y avait deux têtes de l'os; je dis presque certitude, car, en pareil cas le toucher peut induire en erreur. A partir de là, le doigt se divise en 2 extrémités phalangiennes, l'une droite, celle placée en dedans et l'autre plus petite et située en dehors. Pendant la flexion, les deux phalanges unguéale

se rapprochent un peu. On ne trouvait pas ici la disposition palmée, les deux extrémités phalangiennes étant complètement libres.

22. M. Barth présente un *étranglement intestinal occasionné par une bride épiploïque*. Une femme de 55 ans était entrée le 14 juin à l'hospice de la Salpêtrière, le 28 du même mois à l'infirmerie de cet établissement; elle avait été transférée dans cet hospice de l'hôpital de la Charité où elle avait été considérée comme incurable, et traitée, disait-elle, pour une maladie du foie. Le teint de la malade était terreux, un peu verdâtre, le ventre légèrement ballonné; elle souffrait dans l'hypochondre droit; cette sensibilité augmentée par la pression était peu vive, et cependant empêchait de se livrer par la palpation à un examen attentif de la région. Au bout de quelques jours, de la diarrhée survint, puis des selles sanguinolentes, les douleurs de ventre persistèrent, et les symptômes de péritonite devinrent manifestes, enfin la malade succomba. A l'autopsie, on trouve plusieurs anses intestinales placées dans la partie moyenne et droite du ventre un peu distendues, leur surface externe légèrement rosée. Le péritoine présentait des signes d'inflammation dans la cavité abdominale. Une bride double, peu épaisse, étroite, pouvant être dépliée et présentant alors l'aspect de l'épiploon ratatiné s'étendait du bord gauche du foie auquel il adhérait intimement, se dirigeait en bas et un peu à droite, passant sur une anse intestinale et exerçant une constriction intense sur l'intestin grêle à 3 travers de doigt au dessus de la valve iléo cœcale. Dans ce point, l'intestin était perforé, une petite ouverture étroite avait permis l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen et avait été cause de péritonite. Au dessus de l'étranglement, les anses intestinales étaient modérément distendues, les parois du tube digestif étaient notablement épaissies. Dans le duodénum, le mamelon qui forme normalement l'ouverture du canal cholédoque était très considérable et occasionné par le dépôt d'un produit morbide d'aspect cancéreux encéphaloïde. Le foie un peu bosselé, granulé, grisâtre comme dans la cirrhose commençante, présentait dans son intérieur plusieurs points ramollis; le tissu y apparaissait sous forme d'une masse molle verdâtre. La veine mésentérique était obstruée par un caillot mou. Dans l'estomac du même

sujet, non loin du cardia, on observait une cicatrice ancienne déprimée, au dessus de laquelle existait un petit pont de membrane muqueuse libre et qu'on pouvait facilement soulever.

Les deux reins, d'une couleur jaunâtre claire, offraient l'apparence d'une substance grasse.

23. M. Hérard met sous les yeux de la Société une *tumeur fibreuse de l'utérus* du volume de la tête d'un homme adulte trouvée chez une femme de 30 ans, morte à l'hôpital Beaujon. Cette tumeur datait, suivant la malade, de l'époque de la dernière grossesse. Elle offrait une structure fibreuse manifeste; elle est d'un blanc grisâtre, parsemée par places de points durs, comme ossiformes; dans deux endroits une masse calcaire libre d'adhérences existe dans une cavité tapissée par une membrane lisse. La plus considérable un peu allongée atteignait le volume d'une grosse noix. Les autres concrétions sont contenues dans l'épaisseur même du tissu fibreux. La tumeur était développée dans la paroi postérieure de l'utérus, la cavité de cet organe, très dilatée, pouvait loger les deux poings; ses parois étaient amincies. Entre la membrane fibreuse enveloppante et la tumeur existait une cavité ne contenant aucun liquide.

24. M. Hérard présente en outre un *rétrécissement avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur*. La valeur du bruit de souffle au deuxième temps du cœur a donné lieu, dit-il, à diverses interprétations. On a refusé de croire qu'il fût le signe d'une insuffisance de l'orifice mitral; cependant des faits présentés par moi-même, ceux de M. Tybaldos, militent en faveur de cette opinion. Un homme éprouvait depuis un an tous les symptômes d'une affection organique du cœur: dyspnée, palpitations, œdème des membres inférieurs. Par l'auscultation, on entendait au niveau de la base du cœur se prolongeant un peu dans l'aorte, un bruit de souffle manifeste au premier temps, puis un autre très peu marqué au deuxième temps. Un peu à gauche du cœur et vers la pointe, on entendait de plus un double bruit de souffle très intense correspondant aux deux bruits du cœur; le bruit de souffle au deuxième temps se prolongeait un peu dans l'aisselle. En l'absence de signes d'altération du péricarde, je diagnostiquai un rétrécissement avec insuf-

sisance de l'orifice mitral, puis quelques rugosités sur la valvule aortique. A l'autopsie, je rencontrai en effet ces rugosités légères de la valvule aortique; la valvule mitrale était tendue perpendiculairement à son cercle fibreux par les cordons tendineux raccourcis et atrophiés, faisant saillie par son bord libre dans le ventricule gauche et formant un tube complet; plusieurs plaques calcaires se rencontraient dans l'épaisseur de la valvule.

25. M. Broca met sous les yeux de la Société un *lipôme* offrant une *cavité centrale*. Cette tumeur s'était développée à la partie latérale droite et supérieure du front d'un homme de 40 ans, au niveau de l'endroit où la pression du chapeau s'exerce fréquemment; elle était extérieurement régulière, arrondie, presque hémisphérique, molle, offrant la consistance des tumeurs mélicériques; la tumeur qui n'adhérait pas à la peau fut enlevée, elle était enkystée, et alors même le diagnostic ne put être établi. En fendant le produit morbide, on trouva que c'était un lipôme; il était creusé d'une cavité centrale non remplie de liquide dans laquelle faisaient saillie un grand nombre de petits corps pédiculés, formés de tissu fibreux.

26. M. Broca présente encore une *tumeur du cou mélicérique en bissac* constituée par deux kystes glandulaires primitivement isolés, et ayant communiqué plus tard par la destruction de la paroi qui les séparait. Cette tumeur a été trouvée sur la partie latérale droite du cou du cadavre d'un vieillard servant aux dissections de l'Ecole pratique. Elle était divisée en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure par un étranglement. La fluctuation était perçue; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que le liquide semblait pouvoir être repoussé d'un kyste dans l'autre. A la dissection, on trouva ces tumeurs recouvertes par une peau mince, séparées l'une de l'autre par un diaphragme mince et étroit, membraneux, permettant le reflux du liquide d'un des kystes dans l'autre; sa structure était celle des tumeurs mélicériques, de l'épithélium, de la cholestérine, sans poils.

27. M. Broca présente deux nouveaux exemples de *pieds bots* varus équin, sans aucune trace de transformation fibreuse des muscles.

— J'ai interrompu depuis quelque temps, dit-il, mes présentations de pieds bots. Mais M. Jules Guérin, dans une des dernières séances de la Société de Biologie, ayant formellement nié les faits dont nous avons tant de fois ici démontré l'évidence, je crois devoir revenir encore aujourd'hui sur ce sujet.

Les deux pièces actuelles, jointes à celles que j'ai déjà rencontrées, constituent un total de 24 dissections de pieds bots, et aujourd'hui encore, comme dans tous les autres cas, je ne trouve pas un seul muscle fibreux. Ces deux nouveaux pieds bots proviennent d'un enfant de 15 mois qui a été observé pendant sa vie à l'hôpital des Enfants trouvés. Ils sont congéniaux ; ils sont tout à fait semblables l'un à l'autre, il me suffira d'en décrire un.

Tous les muscles ont conservé leur structure normale, à l'exception du jambier antérieur dont l'extrémité inférieure présente quelques stries graisseuses. Ce muscle, du reste, semble n'avoir pris aucune part à la déviation. Il n'est nullement raccourci. En abandonnant le pied à lui-même, on voit que son tendon, exactement appliqué sur la surface des os, décrit une légère courbe pour se rendre à son insertion inférieure. Lorsqu'on redresse le pied, la courbe du tendon se redresse également, mais on est arrêté par la résistance des ligaments articulaires avant d'avoir mis le jambier antérieur dans une véritable tension.

Il n'y a que deux muscles qui soient raccourcis et qui se tendent dans le redressement du pied. C'est en premier lieu le triceps de la jambe ; mais la rétraction de ce muscle, capable sans doute de produire le pied équin, n'a pu déterminer le pied varus équin sur un enfant qui a à peine marché, et qui avait déjà les pieds tordus en dedans avant d'avoir la force de se tenir debout. — On sait d'ailleurs que le raccourcissement du triceps crural existe aussi bien dans le valgus que dans le varus, et doit être considéré comme l'effet, et non comme la cause de la déviation des pieds.

Le second faisceau musculaire raccourci est cette portion de l'abducteur du petit orteil qui s'étend du calcaneum à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Ce faisceau, dont la structure, du

reste, n'est pas altérée, se tend visiblement lorsqu'on veut redresser la voûte du pied. Cette diminution de longueur me paraît encore consécutive; en tous cas, il est impossible d'attribuer le pied bot à la rétraction d'un faisceau aussi minime qui, en vertu de ses insertions, serait peut-être de nature à déformer la voûte du tarse, mais qui ne peut en aucune façon imprimer au pied des mouvements de totalité.

Je pense donc que les muscles n'ont pris aucune part à la formation de ces pieds bots. Il me semble probable que la conformation vicieuse des articulations a été la cause de cette affection congéniale.

M. Esbert. M. Guérin m'a expliqué le sens qu'il attachait au mot *transformation fibreuse*. Il ne croit pas à une transformation véritable; il pense seulement que les fibres musculaires s'atrophient en même temps que le tissu cellulaire interfibrillaire s'hypertrophie et devient fibreux. Du reste, il ne demande qu'à voir des pièces et il est prêt à admettre sur démonstration l'existence de pieds bots sans muscles fibreux.

Cancer du foie avec hémorrhagie dans la cavité du péritoine. — Tubercules dans les poumons.

Extrait d'une observation de M. A. ANDRÉ.

A. cultivateur, âgé de 59 ans, entre le 15 mars 1851 à l'Hôtel-Dieu (service de M. Chomel). Cet homme a toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais fait de maladies graves, n'a pas été atteint d'ictère. Au mois de juin 1850, L. fit une chute de cheval, il tomba sur le côté droit, et y éprouva une douleur peu vive qui se dissipa au bout de quelques jours. Au commencement de novembre, il commença à ressentir à l'hypochondre droit, s'irradiant jusque dans le gauche et à l'épigastre, des douleurs sourdes qui ne le forcèrent pas à suspendre son travail; cependant L. remarqua une diminution dans ses forces musculaires et dans son appétit. A partir du mois de janvier 1851, les douleurs deviennent plus intenses et s'accompagnent d'un amaigrissement plus marqué, d'une teinte légèrement paille de la peau, d'une diminution plus marquée de l'appétit, quelquefois d'un peu de diarrhée. A l'époque de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, on constata une augmentation marquée dans le volume du foie dont les limites supérieures et inférieures dépassent leurs points normaux, le bord inférieur du foie est tranchant. L'hypochondre gauche est le siège de douleurs qui s'étendent jusqu'au pubis. L'appétit est diminué; aucun autre dérangement ne s'observe dans les fonctions digestives (D. Sapon, Vichy, bains alcalins). Pendant un mois l'amaigrissement et l'affaiblissement augmentent graduellement; un épanchement se forme dans la cavité péritonéale, deux vomissements bilieux seulement. Du 10 au 27 avril l'état du malade de-

vient de plus en plus grave; nausées fréquentes, vomissements composés des boissons ingérées, de plus on remarque de la toux, des crachats mucosopurulents, et une dyspnée marquée. Mort le 26 avril.

Autopsie. — La cavité abdominale contient un liquide d'une couleur rouge foncé sans caillots, ni flocons pseudomembraneux; pas de traces d'inflammation du péritoine pariétal ou viscéral. Le foie, très volumineux, rouge, est parsemé d'un grand nombre de tumeurs sous forme de marrons d'un blanc jaunâtre, d'autres d'un blanc rougeâtre médiocrement fermes. Au dessous de la face concave du foie, en dedans de la vésicule biliaire et au devant du lobule de Spiegel, on rencontrait placé sur l'épiploon gastro-hépatique, un caillot du volume d'un gros œuf d'oie; à ce niveau le parenchyme du foie présentait plusieurs petites pertes de substance; l'une d'elles siégeant sur une des masses cancéreuses, dont quelques-unes sont vasculaires et très rouges.

Le pöumon droit était engoué; le gauche hépatisé dans sa moitié inférieure présentait à son sommet quelques tubercules à l'état cru. Une ulcération à bords saillants, ancienne, large, existait dans le rectum. Les autres organes étaient sains.

Discussion. M. Lebert. L'on rencontre dans ces tumeurs du foie deux altérations différentes qui existent simultanément sur plusieurs de ces productions morbides: l'une a tous les caractères du cancer ordinaire, l'autre ceux de la graisse, du tubercule ramolli et est constituée par une infiltration de graisse dans le tissu cancéreux lui-même. Cette dernière altération, véritable modification du tissu lui-même est celle que j'ai désignée sous le nom de xanthose, de tissu phymatoïde. M. Virchow y trouve le résultat d'une forme rétrograde du cancer, un mode de guérison de cette lésion; pour nous, cette opinion est erronée; car l'infiltration graisseuse n'éteint pas

généralement sur la place la production cancéreuse; c'est un dernier terme d'évolution qui arrive en quelques points, mais qui est presque toujours accompagné de l'irradiation de la véritable substance cancéreuse à la circonférence, enfin, et c'est là une des raisons les plus importantes, la diathèse cancéreuse ne disparaît pas, et par conséquent, il n'y a pas guérison. Un médecin de Prague, M. Bochdalech a prétendu que le cancer du foie pouvait guérir par cicatrisation sans abcès; on a trouvé en effet dans la glande hépatique des cicatrices et des cancers jaunes infiltrés de graisse, mais on n'a jamais vu l'état intermédiaire, les cancers se changeant en cicatrices. Lors même qu'on rencontrerait simultanément sur le même foie des cicatrices et des cancers, à défaut de lésions de transition, on ne pourrait y voir qu'une simple coïncidence. Les cicatrices ne sont pas très rares sur le foie; Dietrich les a constamment vues coïncider avec la diathèse syphilitique et l'opinion qui les fait rapporter à cette dernière cause paraît chaque jour devenir plus certaine.

M. *Bennett* (d'Edimbourg). L'opinion de M. Lebert sur l'incurabilité du cancer me semble toute théorique; j'ai rencontré moi-même les divers degrés de transition dont il a parlé, et l'inspection de préparations que j'ai faites à ce sujet pourrait le convaincre. La transformation graisseuse du cancer est possible; si elle est complète, il y a guérison. Je ne connais aucune espèce de cellules qui ne puisse avorter et aucun tissu qui ne puisse subir une transformation; quand la transformation graisseuse du cancer est complète la guérison a lieu. Pour ma part, je crois que le cancer peut guérir comme le tubercule. M. Lebert affirme que les cicatrices que l'on trouve dans le foie sont l'effet de la syphilis; cette opinion me semble très hypothétique, car je n'ai jamais vu d'affection syphilitique du foie, et je ne peux donc point rapporter à cette cause les cicatrices dont il est question.

M. *Barth*. L'opinion de M. Lebert conduit à l'impuissance en médecine pratique; l'opinion de M. Bennett est fondée en principe; ne voit-on pas en effet chaque jour des produits morbides se résorber, en ne laissant qu'un résidu? Ne pourrait-il pas en être de même

pour le cancer? On rencontre assez fréquemment à la surface de l'estomac des ulcères dont le fond n'est pas cancéreux et dont la circonférence présente au contraire toute l'apparence du cancer; on peut se demander alors si cette altération ne dépend pas d'un ulcère simple devenu cancéreux ou d'un cancer se changeant en ulcère simple?

M. *Lebert* repousse une preuve tirée d'une simple analogie. Quant à l'opinion de M. *Bennett*, je n'ai qu'une seule chose à répondre, c'est que j'ai beaucoup cherché, et que je n'ai rien trouvé qui me pût faire admettre son opinion.

M. *Broca*. La crainte d'une récurrence plus ou moins immédiate ne doit pas empêcher d'opérer les tumeurs cancéreuses, il est remarquable que les malades ne meurent jamais de cancer qu'en présentant un état local avancé; en empêchant l'affection locale d'arriver à sa dernière période par des opérations successives, on peut éloigner pendant un certain temps la terminaison fatale. Dans ces circonstances, loin d'éviter les opérations, il faut avoir constamment le fer à la main. Pour revenir au sujet qui a été le point de départ de cette discussion, nous ferons observer que la pièce que nous avons actuellement sous les yeux n'offre en aucune façon la substitution de la matière jaune au cancer; il y a au contraire accroissement continu du cancer avec infiltration de substance grasseuse au centre. Je répondrai à M. *Bennett*: il existe des cicatrices du foie coïncidant avec des tumeurs cancéreuses; mais les cicatrices elles-mêmes ne présentent pas de cancer; et aucune preuve n'existe de la transition du cancer à l'état de cicatrices. M. *Bennett* admet dans ses ouvrages des cellules rétrogrades du cancer, nous les avons cherchées avec M. *Robin*, et nous avons reconnu que la description se rapportait exactement à des cellules qu'on trouve dans les points ramollis au centre des tumeurs cancéreuses, et qui nous semblent annoncer plutôt un état avancé qu'une période rétrograde de l'affection, le cancer avait constamment augmenté et causé la mort du malade.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXVI^e ANNÉE

BULLETIN N^o 8. AOÛT 1851.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. Extrait des procès verbaux.** 1. Cancer du foie. — 2. Tumeur blanche du genou gauche avec luxation du tibia en dehors. — 3. Dépôt tuberculeux à la surface libre d'un cartilage articulaire et de la synoviale. — 4. Influence de l'inflammation, comme hâtant l'ossification des os. — 5. Tumeur blanche du pied, avec destruction des cartilages, et dépôt en nappe superficielle de tubercules. — 6. Tumeur cancéreuse du sein. — 7. Doigt surnuméraire. — 8. Rein unique. — 9. Sécrétions périostales chez les animaux. — 10. Bride formée par un appendice des membranes, et serrant comme un lien un membre d'un fœtus. — 11. Dilatation des cavités d'un rein. — 12. Tumeur développée sous le prépuce du clitoris. — 13. Anévrysme artérioso-veineux atteignant l'artère humérale et les veines profondes du pli du bras. — 14. Exostose du sinus maxillaire. — 15. Foyer apoplectique considérable du cerveau. — 16. Tumeur fibreuse de l'utérus. — 17. Luxation en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième.
- B. Tumeur cancéreuse du médiastin antérieur. Observation recueillie par M. Labric.**
- C. Rapport de M. Leudet sur l'observation précédente.**
- D. Quelques faits relatifs à l'histoire des fractures de radius, par M. Verneuil.**
- E. Kystes de la mamelle. Extrait d'un rapport de M. Broca, sur une observation de M. Baumgarten.**

*Extrait des procès verbaux des séances de la Société
Anatomique.*

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Lacaze présente un *cancer du foie*. Un homme était entré à l'Hôtel-Dieu (serv. de M. Chomel), atteint depuis 6 mois d'un ictère qui n'avait cédé à aucun moyen de traitement; il s'y était joint dans les derniers temps de la vie un épanchement dans la cavité du péritoine, puis des plèvres. En l'absence d'aucune lésion du côté du cœur, ces symptômes furent attribués à une affection calculieuse ou à une maladie de la substance du foie. A l'autopsie, on trouva le lobe gauche du foie développé, descendant plus bas dans le ventre que dans l'état normal; dans plusieurs endroits, dans l'épaisseur même du foie, les capaux biliaires étaient dilatés, enfin une tumeur cancéreuse occupait le lobe de Spiegel et pénétrait profondément dans le foie.

2. M. Titon montre une *tumeur blanche du genou gauche avec luxation du tibia en dehors*. D. M., âgé de 6 ans, entra à l'hôpital des enfants malades, au commencement de l'année 1850, pour une ophtalmie scrofuleuse à la suite de laquelle il perdit l'œil droit; après un séjour de quelques mois il quitta l'hôpital à peu près guéri, bientôt survinrent des douleurs dans le genou gauche qui nécessitèrent l'usage de quelques moyens thérapeutiques, puis firent rentrer le malade à l'hôpital le 25 janvier 1851. Le genou était gonflé et le siège d'une tumeur blanche déjà avancée, le gonflement augmenta peu à peu, et la fluxion devint manifeste. M. Trousseau, chargé alors du service des scrofuleux, fit dans le genou une ponction avec un trocart; il s'écoula une grande quantité de pus; il en résulta un soulagement immédiat; mais bientôt l'articulation se remplit, une nouvelle ponction fut pratiquée et eut le même résultat. Le 4^{re} avril 1851, quand M. Bouneau remplaça M. Trousseau dans le service des scrofuleux, le genou était volumineux, sensible sous l'influence des moindres mouvements, la peau qui recouvre l'articulation était chaude et luisante; il y avait un peu de fièvre, la cicatrice rougeâtre,

résultat de la ponction avec le trocart, s'ouvrit au bout de quelques jours et permit l'écoulement d'une petite quantité de pus ; au moyen de la pression qui était très douloureuse, on pouvait s'assurer que la communication entre la collection la plus considérable et l'articulation ne se faisait pas par une large ouverture. Le 12 mai, cette ouverture, située à la partie supérieure et interne de l'article, s'était aggrandie, une autre se produisit spontanément du même côté et à la hauteur de l'interligne articulaire, donnant passage à des caillots sanguins noirâtres qu'on trouva le lendemain mêlés de pus dans les pièces de pansement. Cette petite plaie à bords déchiquetés fut bientôt recouverte de fongosités, s'élevant de l'intérieur de l'article, et les surfaces articulaires commencèrent à perdre leurs rapports normaux, l'extrémité inférieure du fémur se portant légèrement en dedans. Les jours suivants la suppuration augmenta graduellement d'abondance, devenant un peu fétide ; la peau, dans le creux poplitée et au niveau du condyle interne du fémur, s'amincit graduellement ; le 18 juillet, l'articulation était ouverte, le condyle interne à nu laissant voir son cartilage diarthrodial érodé, le tibia n'était plus en rapport qu'avec le condyle externe, le membre était complètement dans la demi-flexion. L'amaigrissement augmenta chaque jour ; de la diarrhée survint ; enfin le malade succomba le 28 juillet 1851. — Autopsie. — Cerveau sain. Les deux poumons adhèrent dans toute leur étendue à la paroi thoracique ; ils sont engorgés à la base, aux deux sommets on trouve quelques petites masses de tubercules non ramollis ; un seul ganglion bronchique à gauche, gros comme la moitié d'une noisette contenait un tubercule crétaé. Le cœur était sain. Le foie était un peu gros, onctueux au toucher, les autres viscères étaient dans leur état normal. Le pied et la jambe gauche sont considérablement oedématisés, la cuisse du même côté est tournée en dedans, et forme avec la jambe un angle rentrant en dedans. La peau ulcérée en plusieurs endroits, notamment à la partie interne et postérieure de l'articulation, fait communiquer cette cavité avec l'air extérieur. Les muscles sont sains en arrière. En avant, au-dessous du muscle droit antérieur, profondément altéré, existe une large poche

tapissée par une membrane et remontant en avant et un peu sur les côtés jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. Cette cavité purulente communiquait avec l'articulation; le ligament latéral interne était presque détruit, l'externe moins altéré et rétracté, les ligaments croisés mieux conservés. L'artère poplitée n'était pas altérée, elle était encore protégée par une lame de tissu cellulaire un peu induré; les nerfs, à nu, étaient sains. Sur les condyles fémoraux le cartilage est érodé et même détruit en certains points, principalement sur le condyle externe qui est encore en contact avec le tibia; à la partie antéro-supérieure des condyles existent deux ouvertures dans lesquelles font saillie des fongosités venant du centre de l'os; le périoste était sain, un peu épaissi sur la diaphyse. La lame osseuse compacte a disparu dans tous les points normalement recouverts par la synoviale qui est elle-même détruite ou parsemée de fongosités. Le cylindre de la diaphyse est sain; les cellules du tissu spongieux, et le canal de la diaphyse sont infiltrés d'une sanie grise dans le tissu spongieux, purulente et rousse dans la diaphyse. Le tibia présentait les mêmes lésions; l'infiltration grisâtre des éléments spongieux, plus abondante, était de même nature. La surface articulaire du péroné était érodée, les ligaments qui l'unissent au tibia très distendus, le pus fusait entre ces deux surfaces articulaires. La rotule, profondément altérée était en partie détruite dans sa moitié supérieure et offrait l'aspect d'une demi lune dont la face profonde était irrégulière, elle était complètement cartilagineuse; au milieu cependant existait une saillie osseuse de la grosseur d'une petite lentille érodée. La face antérieure de la rotule paraissait normale; le bord inférieur était épaissi et moins altéré que le postérieur, qui est aminci et irrégulier.

M. Broca communique, dans la séance suivante, le résultat d'un examen attentif de la pièce précédente : l'épiphyse et la diaphyse du tibia étaient creusées d'une grande cavité qui pénétrait jusqu'à travers l'épaisseur du cartilage épiphysaire; à la surface du cartilage malade, on remarquait un grand nombre de petites saillies osseuses, produites par l'inflammation qui accélère d'une manière remarquable le travail de l'ossification, le point osseux qui existe

sur la rotule est mobile et peut être soulevé comme un séquestre.

3. Sur le coude de cet enfant de 5 ans, M. Broca montre la *surface interne de la synoviale* et du *cartilage* articulaire comme *recouverte d'un enduit* assez adhérent, et qui a les *caractères microscopiques du tubercule*. Le tubercule se trouve en masse plus cohérente dans les fosses coronoïdienne et olécrânienne et dans une forte dépression de l'os existant au niveau de l'olécrâne et qui a rendu l'os en ce point extrêmement fragile, ou, pour mieux dire, à peu près réduit à sa coque périostale.

4. Je viens de dire, ajoute M. Broca, que *l'inflammation produit souvent une ossification anticipée*; voici de nouveaux faits à l'appui de cette assertion ;

(A) Sur ce coude on rencontre de plus au niveau de la petite tête humérale, un point osseux qui ne paraît normalement qu'à 4 ans.

(B) Sur la tête du radius, un point osseux qui ne paraît qu'à 7 ans.

(C) Un point osseux dans la trachée elle-même, dont l'ossification ne commence généralement qu'à 12 à 15 ans.

Toutes ces ossifications se rapprochent beaucoup de la surface articulaire; nouvelle preuve que leur origine est bien dans l'inflammation que l'épiphyse a subie. Dans ces cas, les désordres histologiques ne ressemblent pas à ceux que l'on rencontre dans l'arthrite sèche; il n'y a point de production fibreuse, de multiplication des noyaux; le cartilage diminue de densité, se dissout en quelques points et disparaît.

5. M. Verneuil présente une *tumeur blanche du pied avec destruction des cartilages et dépôt en nappe superficielle de tubercules*.

Sur un pied amputé par M. Thierry, on voit, après avoir ouvert les articulations, les os qui ont conservé leur forme, mais dont les cartilages diarthrodiaux ont presque partout disparu; les cellules spongieuses sont saillies dans l'articulation recouvertes d'une nappe tuberculeuse qui semble également infiltrée à une certaine

distance dans les os qui ont conservé du reste leur aspect, leur volume et leur structure normales.

Ce fait peut être rapproché, dit M. Verneuil, de celui qui vient d'être présenté ici par M. Broca ; ils ne sont pas, du reste, sans analogues dans la science. M. Lebert a rencontré deux fois des dépôts tuberculeux en lames périostales ; moi-même j'ai présenté à la Société de Biologie une colonne vertébrale sur laquelle on trouvait une couche tuberculeuse entre les os qui avaient conservé leur forme et leur structure et le grand surtout ligamenteux, puis dans quelques points entre les disques ; enfin la Société anatomique a plusieurs fois constaté sur les muqueuses, principalement celles de la trompe et des reins des dépôts tuberculeux qui offraient la même forme en nappe.

M. Broca. Dans le coude que j'ai présenté, comme dans le pied présenté par M. Verneuil, la couche tuberculeuse a une consistance, un tel degré d'adhérence aux parties sous-jacentes, qu'on ne peut pas supposer qu'il n'y ait là qu'un simple épanchement de matière tuberculeuse provenant d'un foyer voisin. Quant à son mode de production, il est probable que le tubercule débute par la synoviale, que là, comme dans le péritoine ou les méninges, il se forme de petits grains tuberculeux qui se crévent, déterminent une inflammation de voisinage, et par suite des fausses membranes dans lesquelles le tubercule continue à se développer ; on ne trouve pas, il est vrai, d'éléments fibreux dans ces couches tuberculeuses ; mais on sait que les fausses membranes, dans les deux ou trois premiers mois de leur existence, ne présentent au microscope qu'une substance amorphe et grenue.

6. M. Lebert montre une tumeur cancéreuse du sein enlevée chez une femme à l'hôpital St-Louis, par M. Malgaigne. Le début apparent de cette tumeur ne remontait qu'à 6 mois ; elle était molle, fluctuante et avait tous les caractères d'un kyste. Après l'avoir fendue dans le sens de sa longueur, on a constaté dans son intérieur l'existence d'une cavité centrale assez grande pour loger une petite

pomme, à parois cloisonnées, peu épaisses; mais offrant à l'intérieur une apparence molle, villeuse. L'examen microscopique a démontré qu'elles n'étaient constituées que par du cancer.

M. Dénucé. J'ai montré l'an dernier à la Société une tumeur cancéreuse du même genre, enlevée à l'hôpital de la Pitié, par M. Michon.

7. M. Béchet présente un *doigt surnuméraire* enlevé par M. H. Roger, à l'hôpital des Enfants-Trouvés, sur un enfant de 3 jours, du sexe masculin, bien conformé du reste. Chaque main était pourvue d'un sixième doigt. Ce doigt surnuméraire, qui semblait faire suite à l'auriculaire, au lieu de s'articuler avec la tête du cinquième métacarpien ou avec un métacarpien particulier, s'attachait à la première phalange du cinquième doigt environ à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen, par un petit prolongement cutané ayant environ deux à trois millimètres de long sur un demi d'épaisseur dans lequel existaient des vaisseaux sanguins. Ce prolongement de la peau remplaçait la première phalange qui manquait, mais la deuxième et troisième existent, et ont à peu près le même développement que les phalanges correspondantes de l'auriculaire; la peau qui recouvre ces phalanges est tout à fait semblable à celle des autres doigts; au dessous de la peau on trouve un tissu graisseux qui la sépare des os qui sont encore à l'état cartilagineux. On ne découvre aucun tendon, soit au niveau des phalanges, soit dans le prolongement cutané. Après l'ablation de ces doigts surnuméraires, faite en coupant le prolongement cutané à l'aide de ciseaux courbes aussi près que possible de l'auriculaire, il s'est écoulé un peu de sang, facilement arrêté. On n'a pu savoir si ces vices de conformation étaient héréditaires dans la famille de l'enfant, qui a été abandonné à l'hospice.

Ces anomalies dans le nombre des doigts, ajoute M. Béchet, ne sont pas très rares; cependant depuis le 1^{er} janvier 1854 jusqu'au mois d'août sur 2,500 enfants entrés dans cet hospice, un seul a présenté ce vice de conformation. Parmi les anomalies dans le nombre des doigts de la main, celle qui consiste dans l'addition d'un appendice

surnuméraire est de beaucoup la plus fréquente. Les anomalies par augmentation du nombre des doigts se subdivisent en 3 groupes, suivant qu'elles résultent 1° de la prolongation de la série par un ou plusieurs doigts surnuméraires placés à la suite des doigts normaux ou intercalés entre eux ; 2° de la duplication du ponce ; 3° de la bifurcation plus ou moins profonde de la main elle-même. Le nombre des parties peut se trouver accru par trois ordres de modifications : le développement de parties ordinairement rudimentaires, la division de parties normalement uniques, enfin par la production de parties nouvelles. En général dans les anomalies qui résultent de la prolongation de la série, le doigt ou les doigts surnuméraires, placés à la suite des doigts normaux, ou, ce qui est plus rare, intercalés entre eux, leur ressemblent presque toujours par leur disposition, leur situation et leur forme, souvent même par leurs proportions. Dans les cas de ce genre, la disposition des muscles, des vaisseaux et des nerfs est ordinairement aussi régulière que celle du système osseux. Le doigt surnuméraire reçoit en général un tendon des muscles extenseurs et fléchisseurs communs, tendon qui résulte dans le plus grand nombre des cas de la bifurcation du doigt précédent ; lorsqu'au contraire il existe à une main ou à un pied deux ou plusieurs doigts surnuméraires, leur disposition n'est jamais régulière ; ainsi ils sont presque toujours mal proportionnés, incomplets, ou bien réunis entre eux par leurs téguments ou bien placés hors rang, leurs nerfs et vaisseaux sont très irréguliers dans leur disposition. Dans le cas où il existe un sixième doigt à une main, on retrouve en général la même disposition à l'autre main, ou au pied du même côté, ou bien aux deux pieds et aux deux mains en même temps. Le sixième doigt ordinairement fait suite aux autres, a trois phalanges comme l'auriculaire et a son métacarpien avec lequel il s'articule, ou bien il s'articule sur la tête du cinquième métacarpien élargie ou bifurquée.

8. M. *Parmentier* présente un *rein unique*, trouvé sur un malade mort de cirrhose du foie, à l'hôpital de la Charité (serv. de M. Cruveilhier). Ce rein unique était placé à gauche dans le lieu qu'il occupe

normalement; celui de droite manquait; il y avait deux capsules sur-rénales.

M. *Houel* demande si l'on a recherché avec un grand soin le rein qu'on dit manquer ici; dans beaucoup de cas d'absence présumée du rein, on a trouvé encore un vestige de rein atrophié.

M. *Broca* ne récuse nullement les cas d'atrophie d'un rein, mais il faut reconnaître également que dans d'autres cas le rein manquait complètement, comme dans les faits rapportés à la Société par MM. Barth, Dufour et Durand Fardel.

9. M. *Follin* présente plusieurs pièces servant à montrer la facilité avec laquelle s'opèrent certaines *secrétions périostales* chez les animaux.

(A) Une phalange de cheval sur laquelle une mèche de fouet a été implantée, on ne sait à quelle époque; l'autopsie a été faite quinze jours après le moment où l'animal a commencé à boiter. Une sécrétion périostale abondante, dense, comme éburnée s'est opérée; elle présente un sillon profond, dans lequel est logée la mèche de fouet.

(B) Un os de chien qui a succombé à un cancer. Les os non envahis eux-mêmes par ce produit morbide offraient un gonflement dû, comme le prouva la macération, à une sécrétion périostale au milieu de laquelle on retrouve l'os primitif et son canal médullaire perméable.

(C) Un humérus de chat; cet os a acquis un volume énorme; son canal est conservé dans une partie de la tumeur, détruit dans l'autre. La production est composée de lamelles très serrées entre lesquelles était interposé un peu de tissu fibreux.

De ces trois faits de sécrétion périostale, il faut rapporter le premier à la présence d'un corps étranger, le second à une cause générale qui a frappé tout le système osseux, le troisième est un fait isolé sans cause appréciable.

M. *Broca*. Dans le premier fait l'autopsie a été faite quinze jours après le début de la maladie; cependant le tissu périostal est telle-

ment dense qu'il est difficile de ne rapporter qu'à cette époque le commencement de l'affection.

M. Follin. La elaudication ne fut remarquée que quinze jours avant la mort ; la maladie pouvait avoir débuté à une époque antérieure ; cependant il ne faut pas oublier que les sécrétions périostales se font très promptement chez les animaux.

M. Robin appuie cette assertion de M. Follin. Il suffit, de la moindre pression ; un attelage, la coutume de porter le bât, déterminent presque toujours des productions analogues dans les os des vertèbres.

M. Broca fait remarquer l'analogie qui existe entre la troisième pièce et ces tumeurs à aiguilles osseuses qui existent dans certains cancers encéphaloïdes des os.

M. Robin observe que les tumeurs épithéliales des mâchoires présentent souvent ces aiguilles ; il a actuellement une tumeur de ce genre de la mâchoire supérieure, qui présente des aiguilles évidentes.

10. **M. Broca** met sous les yeux de la Société, *une bride formée par un appendice des membranes, qui serre comme un lien, un membre supérieur d'un fœtus.* Ce fœtus, de 5 à 6 mois, qui m'a été donné par M. le Dr Faure, peut être rapproché des cas d'amputations spontanées, rapportés par Montgomery. On voit une bride fibreuse qui, partant des membranes de l'œuf, va s'insérer au pied droit, et s'enroule dans ce trajet autour du bras gauche dont l'extrémité est aplatie et atrophiée. Avec cette disposition, par le développement successif de l'œuf, l'amputation aurait pu se faire.

M. Follin. J'ai recueilli une observation d'amputation spontanée. Dans une des pièces de la collection de M. Coste, on voit une bride fibreuse, analogue à celle-ci, s'enrouler autour d'un membre comme Montgomery l'a figuré également. Ces faits contredisent l'opinion qui voudrait que ces amputations fussent produites par un enroulement du cordon, M. Lallemand cependant a vu à Boon un certain nombre de pièces qui venaient à l'appui de cette opinion.

11. **M. Broca** présente encore *une dilatation des cavités du rein.*

Dans ce cas, on voit l'urètre s'ouvrir dans le rein obliquement, comme dans la vessie, ce qui produisait une sorte de valvule susceptible d'empêcher le passage du liquide dans le canal excréteur, dans l'état de distension du bassin.

42. M. Broca montre enfin une tumeur développée sous le prépuce du clitoris. Elle a l'aspect d'une végétation ; les divisions qu'on observe ne pénètrent pas dans son intérieur ; dans sa structure, elle présente un composé de tissu fibreux et épithélial sans éléments fibro-plastiques.

43. M. Weiss communique une observation d'anévrysme artérioso-veineux, atteignant l'artère humérale et les veines profondes du pli du bras. C., soldat au 47^e de ligne, fut soigné en avril 1849 à l'hôpital de Nantes, pour une affection de poitrine. Une saignée fut pratiquée à la veine basilique gauche ; le sang s'élança aussitôt rutilant et par jets saccadés ; la lésion artérielle fut reconnue, et l'hémorrhagie arrêtée au moyen de la compression et de la glace ; le lendemain il existait, au niveau de la lésion, une tumeur grosse comme un œuf ; les jours suivants le malade éprouva dans le membre supérieur gauche des fourmillements, un froid intense et une sensation de faiblesse prononcée. La compression fut continuée pendant 6 mois, et n'amena qu'une faible diminution dans la tumeur. Le 19 mai 1851, C. entra à l'hôpital du Val-de-Grâce pour une coxalgie. Voici l'état dans lequel se trouvait à cette époque le bras du malade. Tumeur de la grosseur d'une petite noix située en dedans du tendon du biceps, fluctuante, présentant des battements, isochrones au pouls, frémissement dans la tumeur ; pas de pulsations ni de dilatation dans le plexus veineux superficiel de l'avant-bras. Le malade dit sentir lui-même le frémissement de la tumeur sous forme de fourmillement. A l'auscultation de la tumeur bruit de rouet, se prolongeant en bas jusqu'au poignet, en haut jusqu'à l'aisselle ; ce bruit est continu avec renforcement à chaque contraction du cœur ; le malade l'entend lui-même, et en est incommodé lorsqu'il approche la tête de l'épaule à tel point qu'il ne peut pas dormir dans cette position. La compression de l'artère humérale, au dessus de la lésion, fait

diminuer le volume de la tumeur, fait cesser les battements et le frémissement, mais en même temps elle produit la syncope.

En élevant le bras, le bruit ne devient pas intermittent.

Le malade mourut des suites de la coxalgie le 13 août. Dans la dernière période de la vie, les symptômes fournis par l'anévrysme, suivaient l'affaiblissement général de la constitution. Ainsi le bruit anormal, les pulsations devinrent graduellement plus faibles.

A l'autopsie on trouve d'abord une sacrocoxalgie. Au pli du bras existait une tumeur du volume d'une petite noix, formée par la communication de l'artère humérale et des veines humérales profondes, la veine basilique s'était cicatrisée à part.

44. M. Denucé montre une *exostose volumineuse enlevée dans le sinus maxillaire*, par M. Michon, à l'hôpital de la Pitié. Ce chirurgien en a pratiqué l'ablation en conservant la voûte palatine. La tumeur, du volume d'une grosse pomme, est irrégulière à sa surface, d'une dureté extrême, éburnée à l'intérieur, elle a présenté tous les caractères des os véritables. (Publié dans les *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1854).

45. M. Albi montre un *foyer apoplectique considérable de l'hémisphère droit du cerveau*. Une femme, âgée de 54 ans, d'une taille moyenne, est transportée le 13 mars 1854, à l'infirmerie de la Salpêtrière (serv. de M. Barth), atteinte d'une perte de connaissance complète. On apprend qu'entrée il y a un an à la Salpêtrière, elle a eu depuis cette époque une attaque apoplectiforme suivie de paralysie; la malade a recouvré plus tard l'usage de l'intelligence et du mouvement, mais la parole est demeurée abolie. Le 15 mars survint l'attaque apoplectique qui a amené la malade à l'infirmerie de l'hospice. Le lendemain, on observe un état comateux profond, avec perte de connaissance, dilatation des pupilles, hémiplegie droite, perte incomplète du sentiment, mais abolition presque absolue de la vue. La respiration difficile n'est cependant pas stertoreuse; le pouls n'offre rien de remarquable. Le 15, les mêmes accidents persistant, on applique un vésicatoire à la nuque. Au bout de quelques jours la respiration devient facile et paraît s'exécuter normalement, les autres

symptômes persistent avec la même intensité; seulement les forces semblent moins déprimées, le pouls plus fort, la face plus colorée, quand, le 24 mars, on voit survenir de nouveau du coma, de la prostration avec pâleur de la face et froid des extrémités; le 49 avril, agitation, mouvements carphologiques continuels dans le bras gauche, les jours suivants, apparaît un délire calme, des convulsions épileptiformes, puis le 25, le coma apparaît de nouveau et se termine le 44 mai par la mort. — Autopsie. — Rien d'anormal dans les organes de la digestion ou de la circulation. Un peu d'emphysème au poumon droit, d'engouement au gauche. Après avoir ouvert le crâne, on voit la dure-mère déprimée au niveau de la partie moyenne de l'hémisphère droit du cerveau; cet affaissement est beaucoup plus marqué quand les membranes du cerveau sont enlevées; on trouve alors les circonvolutions très déprimées dans tout l'espace qui comprendrait à peu près la moitié de l'hémisphère droit suivant le sens antéro-postérieur et dans sa partie moyenne. En faisant une coupe dans ce point, on pénètre dans un vaste foyer, un peu anfractueux, à parois ramollies, séparé du ventricule latéral par une couche mince de parenchyme. L'hémisphère gauche du cerveau présentait, vers sa partie postérieure et en dehors du ventricule, une excavation pouvant contenir une noisette et dont les parois sont ramollies. Les ventricules du cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe rachidien sont intacts.

16. M. *Albi* présente une *tumeur fibreuse volumineuse* trouvée dans l'*utérus* du sujet qui offrait la lésion précédente. Cette tumeur, du volume d'une petite tête de fœtus, était à peu près sphérique. Quand on ouvre le col, on voit la cavité utérine déformée et fortement déjetée à gauche par une tumeur sphérique, occupant la paroi antéro-latérale droite de l'utérus, et séparée de la cavité de l'organe par une couche très mince de tissu musculaire. Ce corps fibreux aurait pu, par un développement ultérieur, gagner le col et constituer plus tard un polype fibreux de la matrice.

17. M. *Trélat* fait voir une *luxation en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième*. M., âgé de 40 ans, charretier,

est apporté à l'Hôtel-Dieu (serv. de M. Roux), le 12 février 1881. Cet homme était tombé du haut d'une charrette, la tête frappant sur le trottoir. Le malade arriva à l'Hôtel-Dieu une heure environ après l'accident. A ce moment la face était pâle et froide ainsi que les extrémités, le pouls lent et très déprimé, ses yeux sont mobiles sans stupeur, l'intelligence est conservée, le malade assure n'avoir pas perdu connaissance, même au moment de l'accident. La tête présente, à sa partie supérieure, et un peu à droite de la ligne médiane, dirigée d'avant en arrière, une plaie d'une étendue de 0, 15 environ à bords décollés, laissant voir à son fond le périoste contus. Cette plaie a fourni beaucoup de sang, dont une certaine quantité recouvre encore les cheveux. Au niveau de la partie moyenne de l'épine cervicale, le malade accuse une douleur fixe, intense, augmentée par les mouvements et la pression. Par l'examen ou la pulsation, on ne découvre aucune déformation appréciable dans ce point. Décubitus dorsal; les membres sont dans l'extension complète, privés de sensibilité, mais pouvant encore exécuter quelques mouvements partiels et très incomplets, les mains et les doigts peuvent se fléchir très légèrement, le membre inférieur est immobile; il en est de même des parois de la poitrine, les côtes n'exécutant aucun mouvement, le diaphragme, au contraire, décrit des mouvements étendus. La face, le cou et le haut de la poitrine ont conservé la sensibilité jusqu'au niveau d'une ligne passant sur les deux mamelons; les muscles grands et petit pectoral, grand dentelé, scalènes étaient complètement immobiles.

La tête du malade fut rasée au niveau de la plaie; puis on appliqua un appareil simple. Peu de temps après, on vit se développer un frisson violent avec claquement de dents; application de linges chauds, et administration à l'intérieur d'un peu de vin chaud.

Le 13 février au matin, délire calme, le malade ne répond aux questions que par des mots incohérents. Agonie. Mort à 40 heures du matin.

Autopsie. — Pas de traces de fracture sur le crâne, la dure-mère et ses sinus étaient gorgés de sang, la pie-mère rouge et vascularisée

par places, surtout au niveau de l'extrémité antérieure du lobe droit. En ce point, la substance cérébrale était comme affaissée, triturée et laissait suinter par une petite ouverture, un peu de liquide transparent; ce trajet aboutissait dans le parenchyme cérébral, à une petite cavité de 3 centim. de long sur 2 de large, à parois lisses, et celluleuses, et renfermant encore un peu de sérosité limpide. Les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité brunâtre. La région postérieure du col ne présentait rien d'appréciable extérieurement; la peau était violacée; le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles de la région moyenne du cou étaient infiltrés d'une grande quantité de sang. Entre les lames de la quatrième et de la cinquième vertèbre cervicale existait un écartement notable; l'apophyse épineuse, était portée plus en avant que dans l'état normal, les apophyses articulaires de la cinquième sont à nu, les apophyses articulaires de la quatrième placées au dessus et un peu en avant. Le ligament jaune est déchiré transversalement. Sous les muscles prévertébraux, existait un épanchement, mais beaucoup moins considérable qu'en arrière; le ligament antérieur est déchiré, le corps de la quatrième vertèbre fait en avant une saillie de 4 à 5 millimètres. Le cartilage inter-articulaire est complètement rompu dans toute son étendue. Aucune trace de fracture.

Le canal rachidien n'a pas été ouvert pour garder intacte la pièce anatomique; mais en arrière, entre les lames des deux vertèbres, on pouvait voir qu'aucun épanchement ne comprimait la dure-mère, l'arc postérieur de la quatrième vertèbre était à cheval sur la dure-mère qu'il comprimait; on n'a pu s'assurer de l'état de la partie antérieure de la moelle.

M. Trélat insiste sur la rareté de cette lésion, dont la possibilité a même été niée par quelques chirurgiens; l'autopsie rend parfaitement compte de l'absence de déformation du cou, ainsi que des symptômes du côté du système nerveux observés pendant la vie. Quant aux signes propres à faire distinguer la luxation d'une fracture du rachis, on ne peut rien dire de positif à cet égard, du moins d'après l'analyse de ce fait.

Tumeur cancéreuse du médiastin antérieur.

Observation recueillie par M. LABRIC, interne des hôpitaux :

P... âgé de 32 ans, raffiné, d'une taille moyenne, d'un embonpoint modéré, jouit habituellement d'une bonne santé. Depuis le mois de janvier dernier, P... éprouve un peu de toux, quelques étouffements ; cependant il a toujours continué à travailler. Jamais il n'a eu d'hémoptysie, de sueurs nocturnes ou d'amaigrissement. Le 14 mars, début brusque d'une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine au-dessous du mamelon, qui cède à une application de sangsues. Le 16 avril P... est atteint de nouveau d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine, accompagnée de fièvre, de toux, et de gêne dans la respiration ; il entre à l'hôpital Sainte-Marguerite, (service de M. Teissier), et en sort le 6 mai sur sa demande ; le même jour il entre à l'hôpital de la Pitié (service de M. Pichet), salle Saint-Michel, n° 36.

On trouve P... dans l'état suivant : face anxieuse sans aucune teinte cachectique, lèvres violacées, nécessité de rester assis dans son lit, respiration très accélérée ; œdème des membres inférieurs. Pouls très fréquent, petit et presque insensible, toux fréquente, crachats muqueux, quelques-uns rouillés, adhérents aux parois du vase ; suivant le dire du malade, cette coloration des crachats ne date que de peu de jours. Matité à la percussion du côté gauche de la poitrine, depuis la partie inférieure jusqu'à l'épine de l'omoplate ; à l'auscultation, absence dans toute cette étendue de murmure respiratoire vésiculaire, respiration soufflante, réentissement égophonique de la voix. A droite, en arrière, matité peu considérable à la percussion, remontant jusqu'à deux travers de doigt environ au des

sus de l'angle de l'omoplate, dans toute cette hauteur, absence d'expansion vésiculaire, égophonie, au-dessus râle muqueux; à gauche matité et respiration soufflante mêlée de quelques râles crépittants. Matité dans une grande étendue de la région du cœur; les battements de cet organe sont profonds. Langue un peu blanchâtre, selles normales (Pariét. nitr.; vésic. en arr. à g^{ch} du thorax).

Dans la journée du 7, le malade éprouve un accès de suffocation qui dure peu de temps (vésic. à la région précord.; potion antisp. laud.).

Ces accès de suffocation ne reparaissent pas les jours suivants, la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs persistent, les épanchements pleurétiques semblent un peu diminuer, les râles muqueux sont toujours entendus dans la poitrine. On eut recours à de nouvelles applications de vésicatoires et à des laxatifs légers, des diurétiques; des scarifications furent faites aux jambes. Mort le 25 mai 1851, à onze heures du matin.

Autopsie 46 heures après la mort. La face postérieure du sternum adhère à une tumeur considérable qui occupe tout le médiastin antérieur. Cette tumeur à forme de pyramide triangulaire à base inférieure, repose sur le diaphragme; elle est dure en haut, formant à ce niveau une masse qui entoure les vaisseaux de la base du cœur, sans les altérer ou diminuer leur calibre, le tissu est d'un blanc nacré et crie sous le scalpel; en bas au contraire, la tumeur cède sous le doigt qui la presse; elle se confond avec le péricarde qu'elle a envahi et dans le côté duquel on trouve trois verres environ d'une sérosité séro-sanguinolente avec un peu de pus. L'épaisseur du péricarde est considérable en avant; sur les côtés elle est presque celle de l'état normal.

Le péricarde viscéral du ventricule gauche présente une plaque blanchâtre lisse, de 5 à 6 centimètres d'épaisseur sur 6 de large et 12 de long; plusieurs autres plaques semblables se rencontrent sur le ventricule droit, les oreillettes, et même sur la partie de l'aorte recouverte par le péricarde.

Les deux plèvres contiennent un liquide séreux, jaune citrin; elles présentent, en divers endroits, surtout sur leur portion diaphragmatique, des plaques ayant l'aspect de celles du péricarde viscéral, formant des saillies analogues à des crêtes de coq; ces plaques sont blanches nacrées, crient sous le scalpel et offrent, par le grattage sur une coupe fraîche, un suc blanchâtre comme le cancer. Sous la plèvre viscérale on remarque également, surtout sur le bord des lobes et entre ceux-ci, des plaques blanchâtres, ayant l'aspect nacré et la dureté des autres plaques dont nous avons parlé plus haut. Les ganglions bronchiques sont augmentés de volume, ramollis, mais ne semblent pas contenir de cancer. Le sternum, scié dans toute son étendue, paraît sain, le périoste se confond avec la tumeur.

Mon collègue, M. Leudet, qui a examiné au microscope une portion de cette tumeur, y a trouvé des cellules cancéreuses manifestes.

Rapport sur l'observation précédente,

Par M. LEUDET.

Chez le malade observé par M. Labric, la tumeur était volumineuse, ne comprimait point les vaisseaux, ne pénétrait pas dans leur intérieur, n'empêchait pas la circulation du sang ni de l'air dans les canaux qu'ils traversent, et donnait lieu par conséquent pendant la vie à peu de symp-

tômes. Une pleurésie survenue dans le déclin de la maladie, fixa toute l'attention, et l'affection principale demeura méconnue. Ceci se comprend facilement, quand on réfléchit au siège primitif de la maladie, au milieu du tissu cellulaire, entourant la naissance des gros vaisseaux, à la disposition du tissu morbide qui laisse souvent pendant longtemps dans son intégrité le calibre de ces canaux. Aussi, dans le fait de M. Labrie, le malade ne faisait-il remonter sa dyspnée, qu'au commencement de l'année actuelle ; dans un cas que je vous ai présenté, il y a plusieurs années, le malade n'accusait à peine qu'un peu d'essoufflement. Cette absence des phénomènes de compression, au début de la maladie, pouvant persister jusqu'à la fin ; le siège de l'affection au dessous du sternum, c'est-à-dire, au dessous d'une partie qui rend fort difficile l'exploration au moyen de la percussion, apportent de grandes incertitudes dans le diagnostic. D'ailleurs, le produit morbide ne constitue pas toujours une masse unique volumineuse, il se présente quelquefois sous l'aspect de masses globuleuses isolées ; la masse unique est parfois creusée, comme dans le fait que j'ai observé, comme dans celui de M. Dubourg (Bullet. 1826), de nombreuses cavités contenant un liquide séro-sanguin.

Je pourrais vous citer encore trois faits de tumeur cancéreuse du médiastin : l'une, observée par M. Demarquay (Bullet. 1847, p. 411), l'autre, qui vous a été mentionnée à propos de cette présentation, par M. Pigné, enfin une troisième pièce, que vous devez à M. Gogué (Bullet. 1846, p. 236.)

Deux fois seulement dans les cas que je viens de mentionner, le cancer était exclusivement limité au médiastin

antérieur; c'était dans l'observation que je vous ai communiquée et dans celle de M. Demarquay; ces faits détruisent l'assertion de Stokes de Dublin, qui, dans un mémoire sur le cancer du médiastin et des poumons, avance que la science ne possède pas, ou du moins qu'il ne connaît aucun fait de cancer primitif du médiastin antérieur. Dans l'observation de M. Labric, des masses cancéreuses se rencontraient sur le cœur, sur les poumons et sur la plèvre, cependant ces dépôts morbides étaient si peu considérables, par rapport à celui du médiastin, qu'il nous semble rationnel d'admettre que le cancer du médiastin avait été la maladie primitive.

Dans d'autres faits plus nombreux, il est vrai, l'affection du médiastin n'est que le résultat de la propagation du cancer né dans une région voisine; ainsi je vous citerai la pièce placée au musée Dupuytren, par Corvisart, dans laquelle un cancer du cou avait pénétré plus tard jusqu'au tronc brachio-céphalique veineux. On rapporte encore d'autres faits du même genre, et d'autres plus nombreux de propagation du cancer de mamelle au médiastin.

La maladie, dans l'observation actuelle, est demeurée bornée à la cavité thoracique; dans l'observation que je vous ai communiquée, la tumeur, bien que ne comprimant directement aucun vaisseau, du moins, ne diminuant pas leur calibre, amène la mort d'une manière brusque, sans cause anatomique appréciable, comme il arrive si souvent dans les affections des gros vaisseaux et du cœur. Je viens de parler de l'extension de la maladie au col; c'est déjà indiquer, que l'affection cancéreuse peut s'étendre, comprimer les voies aériennes, causer la mort par asphyxie,

comme dans le cas cité par M. Deville (Bullet. 1846, p. 236) dans celui de M. Dubourg (Soc. an.) ou bien encore, par ce triste privilège du cancer, en pénétrant dans les gros vaisseaux. Je dois à M. Gendrin la communication d'un fait observé par lui, il y a quelques années, à l'hôpital de la Pitié, dans lequel une tumeur cancéreuse développée d'abord dans le médiastin, s'était étendue jusqu'au cou et avait ulcéré l'artère carotide. Dans le fait de M. Damarquay, la tumeur pénétrait à travers les parois du tronc brachio-céphalique veineux; dans la pièce de Corvisart, le cancer avait pénétré dans le tronc brachio-céphalique veineux gauche, suivait ce vaisseau et arrivait jusqu'au cœur sans intercepter le cours du sang. Enfin sur une pièce dont vous parlait M. Pigné (Bullet. 1846, p. 411), et déposée dans le musée de Vienne, le cancer avait pénétré par la veine cave supérieure dans l'oreillette et dans le ventricule droit.

Les modes de terminaison du cancer du médiastin sont donc nombreux et très différents. Le malade peut succomber sous l'influence du cancer limité à cette région, du cancer comprimant les canaux aériens ou vasculaires, enfin quand il pénètre dans leur intérieur.

Ces phénomènes consécutifs peuvent éclairer le diagnostic, mais souvent quand la maladie demeure renfermée dans le thorax, la compression, exercée sur les parties vasculaires, peut jeter une grande incertitude dans l'esprit du médecin, et l'idée d'une tumeur anévrysmale s'est présentée plusieurs fois à l'esprit de ceux qui ont eu, comme nous, l'occasion d'examiner des malades atteints de cette affection.

Je ferai remarquer, relativement à l'étiologie, l'âge des malades : 32 ans. (obs. Labrie), 26 ans, (Gogué), 30 ans (Demarquay); 25 ans dans le fait que j'ai recueilli. Nous pensons donc que le cancer du médiastin se manifeste de préférence dans l'âge adulte.

Quelques faits relatifs à l'histoire des fractures du radius, par M. VERNEUIL, professeur de la faculté.

Dans la première partie de ce travail, je décrirai une variété peu commune de fracture de l'extrémité supérieure du radius, produite par contre coup ; dans la seconde, je chercherai à éclairer un point de la symptomatologie des fractures de l'extrémité inférieure du même os.

Fracture du radius à ses deux extrémités.

Fracture longitudinale incomplète de la cupule radiale.

Un homme adulte fit une chute d'un lieu élevé : il en résulta plusieurs lésions graves qui, au troisième jour, amenèrent la mort. L'autopsie montra une fracture des deux radius à leur extrémité inférieure. Ces deux lésions examinées avec soin n'offrirent rien de remarquable, et les pièces disséquées furent présentées à la Société de Biologie par mon collègue et ami le docteur Pollia. Ce fut par hasard que j'examinai l'articulation huméro-cubitale droite, et voici les lésions que je constatai :

Téguments sains; nulle apparence de gonflement, ni d'ecchymose. J'ignore si, de son vivant, le malade accusait de la douleur dans ce point : après avoir enlevé les parties molles péri-articulaires, on remarque une ecchymose

profonde entre la face profonde du muscle brachial antérieur et la capsule articulaire. Celle-ci ne présente aucune solution de continuité; au côté externe et antérieur, ses fibres sont infiltrées de sang. L'articulation n'est nullement déformée; mais elle est distendue par une grande quantité de sang noir, visqueux, incomplètement coagulé, sans caillot fibrineux. Un filet d'eau entraîne facilement cet épanchement sanguin.

La tête du radius n'est pas augmentée de volume, mais elle présente deux fissures parallèles au grand axe de l'os, qui pénètrent environ à un centimètre de profondeur. De ces deux fissures, l'une occupe le diamètre transversal de la cupule qu'elle sépare en deux fragments presque égaux, un antérieur et postérieur. L'autre lui est perpendiculaire et divise à son tour le fragment antérieur en deux fragments égaux, interne et externe. Ces deux traits de la fracture figurent sur la surface cartilagineuse de la cupule un T, ou une perpendiculaire élevée sur le milieu d'une droite. Ainsi déterminés, les trois fragments sont au contact : à peine sont ils écartés d'un millimètre sur la circonférence de la cupule; encore le fragment postérieur est-il réuni au fragment antéro-interne par le cartilage resté intact, sur la facette diarthrodiale qui répond à la petite cavité sigmoïde du cubitus. De plus, ces trois fragments sont restés adhérents au corps de l'os, et aucun d'eux n'a de tendance au déplacement.

A un centimètre au dessous du plan de la cupule, l'existence de la fracture ne saurait être soupçonnée : une petite membrane mince, transparente, adhère fortement à la fissure osseuse par une de ses extrémités; elle est flot-

tante par l'autre; c'est la lame superficielle du cartilage ou pour mieux dire, c'est la synoviale condensée qui revêt le dernier.

Le radius est fortement ecchymosé à sa partie supérieure, le périoste s'en détache facilement, même au point d'insertion du court supinateur et du rond pronateur. Ces gouttelettes de sang qui s'écoulent de la surface de l'os, après l'ablation de la membrane fibreuse, attestent un commencement de vascularisation des plus manifestes.

La substance médullaire mise à nu par une coupe longitudinale, offre un aspect grenu, une coloration rouge, intense; enfin un degré notable d'inflammation bien distincte de l'infiltration sanguine.

Les extrémités supérieure du cubitus et inférieure de l'humérus ne présentent aucune lésion : les cartilages d'incrustation sont colorés en rouge par imbibition.

Rien n'est plus facile à comprendre que le mécanisme de cette fracture, et il est probable qu'elle a dû se produire plus d'une fois, toujours est-il qu'aucun de mes collègues ne l'avait encore rencontrée, que M. Cruveilhier n'en connaissait pas d'exemple, et que je n'en ai point trouvé d'observations dans les auteurs. M. Malgaigne, si compétent en ce qui regarde les fractures, m'a dit en avoir vu seulement un exemple. Voici le cas : A la suite d'une chute sur le poignet, M. Malgaigne constata à la partie postérieure et externe du coude la présence d'une tumeur dure qu'il prit pour une luxation de l'extrémité supérieure du radius; il put la réduire par la pression directe. A l'autopsie, il fut surpris de voir que la luxation n'avait jamais existé et qu'il s'agissait d'un fragment volumineux

de la cupule radiale qui s'était porté en arrière. L'extrémité inférieure de l'os était intacte (1).

Le mécanisme de la fracture, disais-je, est facile à comprendre : le radius pressé entre le sol résistant et le poids du corps s'est rompu à ses deux extrémités. A la partie supérieure, le petit condyle huméral a agi sur la cupule à la manière d'un coin mousse et l'a fait éclater en trois fragments. Ces fragments eux-mêmes sont restés en place, solidement maintenus qu'ils étaient, par le ligament annulaire resté intact et qui leur servait d'attelle très-exacte. On ne doit donc pas s'étonner que la fracture soit restée incomplète; on conçoit que la déchirure de ce ligament soit à peu près indispensable pour permettre le déplacement. Ce fait est donc important au point de vue des fractures incomplètes, dont l'histoire tend à s'éclaircir de jour en jour.

Mais j'appellerai l'attention sur la particularité suivante: le radius sous l'influence d'un contre-coup s'est fracturé à ses deux extrémités; dans les recherches assez étendues que j'ai faites, je n'ai pas trouvé d'observations de fractures doubles de ce genre. A la suite d'une violence qui n'a pas porté directement sur un os, on voit bien des fractures simultanées dans deux os voisins; on voit bien encore la diaphyse d'un même os présenter deux ou trois points de fracture, ce qui porte, abstraction faite des esquilles, à trois ou quatre le nombre des fragments. Mais ces faits sont déjà rares; celui que je cite l'est plus encore.

Il n'est pas rare d'observer à la suite de fractures intra-articulaires des désordres plus ou moins graves dans l'ar-

(1) Communication orale.

ticulation située au dessus : c'est ainsi que j'ai vu une fracture méconnue du condyle interne du fémur à la suite d'une fracture compliquée de l'articulation tibio-tarsienne. Mais dans ce cas, la violence en partie épuisée; ne produit pas de déplacement : les fragments restant plus ou moins réunis par le périoste ou les ligaments articulaires, la lésion reste inaperçue. Dans un grand nombre de cas, les malades accusent dans la continuité des membres ou dans les articles supérieurs des douleurs qu'on met sur le compte de la contusion.

Ce fait doit donc engager à examiner avec soin les articulations qui avoisinent l'os blessé; la thérapeutique peut être singulièrement modifiée par cet examen.

Mais ou fréquente, la lésion que je viens de décrire prend sa place dans le catalogue déjà si riche des lésions du coude; je pourrais dire malheureusement riches, car la plupart de ces fractures partielles offrent au diagnostic des difficultés souvent insurmontables et deviennent la source de très graves infirmités.

On soupçonne que dans des cas semblables à ceux que je décris ici, la plupart des signes caractéristiques des fractures viennent à manquer : il n'y a ni difformité, ni mobilité anormale, ni crépitation : le gonflement, l'ecchymose tardive, la difficulté des mouvements de pronation et de supination et les douleurs dont l'articulation du coude se sent le siège, seraient les seuls signes qui pourraient faire soupçonner la lésion.

Au point de vue du mécanisme, je rapprocherai ce cas de la fracture de l'épicondyle, produite par une chute sur la paume de la main. J'ai à ma disposition une pièce de

cette nature, due à l'obligeance de mon ami, M. Bauchet interne à l'Hôtel-Dieu. Dans les chutes qui ont lieu principalement sur l'éminence thenar, la violence se transmet par le côté externe de l'avant-bras, et peut amener, soit une fracture du radius, en bas ou en haut; soit une fracture de la tubérosité externe et inférieure de l'humérus. Le choc peut-il se transmettre jusqu'à l'article scapulo-huméral et à la clavicule? Je crois le cas possible; je pense qu'il arrive le plus souvent lorsque la paume de la main porte à plat, et que c'est alors qu'on voit survenir la luxation du poignet, du coude et de l'épaule, la fracture des deux os de l'avant-bras, de l'humérus et de la clavicule.

La fracture de l'extrémité supérieure du radius est une lésion assez grave; indépendamment de la gêne que pourrait apporter le déplacement possible des fragments dans le jeu de l'articulation, elle doit s'accompagner, comme toutes les fractures, dont le foyer communique avec une jointure, d'un épanchement sanguin considérable, dont la résorption exige toujours un temps assez long.

A l'occasion de l'épanchement sanguin, qu'il me soit permis de faire encore ici quelques remarques. La cupule radiale ne présentait, comme on l'a vu, qu'une fissure sans écartement, et cependant l'articulation était remplie de sang. L'hémorrhagie que peut fournir une plaie du tissu spongieux des os, est une chose vraiment remarquable. On sait combien dans certains cas, on a de peine à arrêter le suintement qui se fait à la surface d'un os, lorsqu'on est obligé de faire une amputation près de l'épiphyse. On sait aussi qu'une fracture très simple de la rotule, de l'os crâne, s'accompagne souvent d'un énorme épanchement

sanguin; qu'il remplit l'articulation lésée, en l'absence même de tout désordre notable dans les parties molles périphériques. On se rappelle encore le cas cité par M. Cruveilhier, d'une fracture du col du fémur dont le foyer communiquait avec l'extérieur par un pertuis étroit et à la suite de laquelle s'est déclaré une hémorrhagie fournie par le tissu spongieux. Dans les circonstances que je viens de signaler, la vascularisation considérable dont les os malades deviennent le siège, l'écartement des fragments; la position des vaisseaux dans un tissu qui ne saurait permettre leur rétraction, rendent bien compte de l'écoulement sanguin. Mais ici les fragments sont en contact; le tissu spongieux dans ce cas, est là, comme une véritable éponge qui devrait amener la coagulation du sang et favoriser l'hémostase, celle-ci pourtant n'a pas lieu.

* On voit des exemples semblables dans certaines fissures du crâne qui fournissent quelquefois des épanchements sanguins énormes, sans qu'on ait à invoquer la déchirure d'une branche artérielle importante. Je pense qu'il se passe ici ce que l'on voit en général dans les hémorrhagies sous-cutanées, c'est-à-dire dans celles dont le siège est à l'abri du contact de l'air, et surtout de l'air froid; la température du centre des membres empêche très certainement l'hémostase qui ne se fait alors que par la compression résultant de l'accumulation du sang.

J'ajoute encore que l'hémorrhagie des extrémités épiphysaires des os, semble formée par le système veineux qui prédomine considérablement en ce point sur le système artériel. D'ailleurs, dans les fractures se rencontrent des conditions de plaie par arrachement, dans lesquelles les

artères, comme on le sait, ne fournissent que peu de sang.

2° Du mouvement d'abduction de la main dans les fractures de l'extrémité inférieure du Radius.

Je ne rappellerai pas ici le mécanisme bien connu de cette fracture : je veux seulement fixer l'attention sur les points suivants :

1° Dans l'état sain, l'axe de la main fait avec l'axe de l'avant-bras un angle très obtus ouvert en dedans.

2° Les apophyses styloïdes du radius et du cubitus sont entre elles dans un rapport tel que chez le plus grand nombre des sujets, l'apophyse styloïde du radius dépasse en bas celle du cubitus d'un centimètre environ.

Or, dans les fractures du radius à son extrémité inférieure, il arrive fréquemment que les rapports sont changés. Ainsi : 1° Les axes de la main et de l'avant-bras peuvent être situés sur le prolongement d'une même ligne et peuvent même faire entre eux un angle obtus, ouvert en dehors.

2° L'apophyse du radius peut être située au même niveau que celle du cubitus ou même monter plus haut.

Ces variations sont dues à un certain degré d'ascension des fragments inférieurs. Il en résulte toujours un degré plus ou moins considérable d'abduction de la main qui a servi de point de mire dans l'application des appareils. On se rappelle en effet l'indication de l'attelle cubitale de Dupuytren, de l'attelle courbée de Blandin et d'autres,

On a attribué cette ascension du fragment inférieur, cette abduction, à l'action des muscles radiaux, plus tard à la pénétration des fragments. Or, ces deux phénomènes

d'ascension et d'abduction, cette déviation de l'axe de la main sont quelquefois peu marqués et même à peu près nuls. Le mode d'action de la chute, la forme, l'état des fragments n'expliquent pas toujours ces différences. L'anatomie normale et les expériences jettent du jour sur cette question.

Si l'on dissèque les articulations des deux os de l'avant-bras en laissant intact l'article huméro-cubital, on voit que le principal moyen d'union de l'articulation radio-cubitale inférieure est constitué par le fibro-cartilage triangulaire qui réunit la base de l'apophyse styloïde du cubitus et le bord inférieur de la cavité sigmoïde du radius. Or ce ligament étant conservé intact, j'ai fracturé ou scié le radius en plusieurs points, et particulièrement à un centimètre et demi de la surface articulaire, lieu où se fait ordinairement la fracture par contre-coup. J'ai eu soin de scier obliquement, et mieux encore de reséquer un pouce de l'os : jamais je n'ai pu faire éprouver une ascension directe au fragment carpien ; jamais, par conséquent, je n'ai pu avoir ni déviation, ni abduction de la main.

La même préparation étant faite sur un autre membre, dès que j'eus divisé au contraire le ligament susdit, par une petite ouverture faite à la capsule radio-carpienne, je pus très facilement faire monter et descendre le fragment inférieur, et obtenir toutes les difformités correspondantes.

Il est encore une lésion qui peut produire les mêmes effets que la rupture du ligament triangulaire, quand celle-ci n'a pas lieu, c'est la fracture de l'apophyse styloïde du cubitus qui existe sur une pièce disséquée par M. Follin,

et sur laquelle la déviation de la main et le chevauchement étaient très manifestes.

En résumé, l'état d'intégrité de l'apophyse styloïde du cubitus et du ligament triangulaire, ou la rupture de l'une de ces deux parties, rendent parfaitement compte :

1° De la fixité ou de l'ascension du fragment carpien du radius.

2° De l'existence ou de la présence des déviations et de l'abduction de la main.

J'en conclus que la main ne sera presque jamais portée dans l'abduction, quand la fracture du radius ne s'accompagnera pas de la rupture du ligament ou de l'apophyse en question. Cette proposition déjà présentée n'avait pas été que je sache aussi nettement formulée.

Un cas cependant, pourra, à défaut de ces lésions, amener la déformation qui nous occupe, c'est la rotation du fragment inférieur sur son axe longitudinal, rotation dans laquelle l'apophyse styloïde du radius regarde presque directement en arrière. Cette particularité intéressante a déjà été signalée par M. Jarjavay, et j'ai eu l'occasion d'en vérifier l'exactitude.

Kystes de la mamelle.

Extrait d'un rapport de M. Broca sur une observation de
M. BAUMGARTEN.

Une femme de 36 ans, d'une bonne constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, accusait depuis 2 mois des douleurs gravatives dans la mamelle gauche; simultanément elle vit apparaître une tumeur qui s'accrut peu à peu. L'augmentation des douleurs força la malade à

s'adresser à M. Nélaton ; c'est alors qu'elle fut soumise à l'observation de M. Baumgarten. On constata au niveau du sein gauche, l'existence d'une tumeur dure, bosselée, mobile, profondément située : par places, on reconnaissait une fluctuation profonde, mais nulle part le flot du liquide ne pouvait aller d'une extrémité à l'autre de la tumeur : la peau qui recouvrait la partie malade était saine, les ganglions axillaires intacts. La tumeur fut enlevée par M. Nélaton. Elle avait le volume du poing et était constituée par trois kystes indépendants les uns des autres, contenant un liquide séreux incolore. Par un examen attentif de la pièce, j'ai trouvé, dit M. Broca, que c'est dans les conduits excréteurs et dans les culs-de-sac glandulaires que ces kystes se sont formés ; on remarque toutes les transitions depuis les culs-de-sac glandulaires simples jusqu'aux kystes les plus complets. En effet, autour des trois kystes principaux, le tissu de la glande présente un grand nombre de petits lobules arrondis variant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois, les plus gros mous et rénitents, les autres beaucoup plus consistants. Examinés au microscope, ils n'ont offert que les éléments normaux des culs de sacs glandulaires, reconnaissables à la membrane de limitation et au pavé épithélial intérieur ; les plus gros de ces lobules étaient creusés d'une cavité visible à l'œil nu et pleine d'un liquide transparent ; après les avoir vidés sous le microscope, j'y ai encore trouvé le pavé épithélial. Il est certain, par conséquent, que c'étaient des culs de sacs glandulaires dont les uns étaient simplement hypertrophiés, et dont les autres étaient de plus dilatés par l'accumulation d'un liquide intérieur.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXVI^e ANNÉE

BULLETINS N^o et 9, 10. SEPTEMBRE et OCTOBRE 1851.

RÉDIGES

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — Recherches sur des vésicules closes, probablement glandulaires du péricarde; par M. Lucien CORVISART.
- B. — Mémoire sur les luxations latérales du coude; par M. Denucé.
- C. — Pemphigus chez un nouveau-né; maladie du foie, liée à la syphilis; antécédents syphilitiques chez la mère et le père; par M. DESRUELLES. — Rapport sur cette observation, par M. LEBERT.
- Discussion.

Recherches sur des vésicules closes, probablement glandulaires du péricarde.

Par Lucien CORVISART.

Dès les premiers mois de cette année, j'avais remarqué dans les autopsies que je fis ou que je vis faire, un certain nombre de vésicules à la surface interne du péricarde.

Le premier examen que je fis et qui fut superficiel me fit croire à l'existence de glandes péricardines que j'étais loin de chercher.

Quelques mois après, ayant encore reçu fréquemment ces corps, je résolus de les étudier plus sérieusement. Pendant une partie des mois de juin et juillet j'assistai, avec le plus d'assiduité qu'il me fut possible aux autopsies qui eurent lieu à la Charité, et je pris, chaque fois que je le pus, les péricardes des cadavres pour les étudier, ou tout au moins je les visitai; les sujets avaient succombé aux

maladies les plus diverses tant médicales que chirurgicales.

Dans les trois quarts des cas je rencontraï ces petits corps

Leur siège fut constant, je n'en ai vu ni sur le péricarde viscéral, ni aux deux tiers inférieurs du péricarde pariétal. Toujours c'est au voisinage de la réflexion du feuillet séreux pariétal sur les gros vaisseaux que ces corps se montrent. Tantôt c'est au niveau des fibres arciformes de la tunique fibreuse qui embrassent les vaisseaux comme un anneau ou un croissant, et dans ce cas, sont juste à la réflexion du feuillet séreux, soit un peu avant ou un peu après ; tantôt c'est au même niveau, mais entre deux origines vasculaires, entre l'aorte, par exemple, et la veine cave supérieure, etc.

Tantôt ils paraissent au premier coup d'œil, physiologiques, parce qu'ils sont régulièrement rangés en croissants, sur une ou deux lignes parallèles et concentriques le long des fibres arciformes dont j'ai parlé ; tantôt leur disposition est encore assez régulière, mais il n'y a plus ni parallélisme, ni rangées ; c'est surtout lorsqu'ils sont épars ou vaguement groupés, que leur irrégularité ne conduit point à l'existence d'organes normaux ; néanmoins, alors encore leur siège est constant.

Ils font une saillie de un demi à un millimètre sur la séreuse, le doigt les sent, mais il ne peut les déplacer, le scalpel passe sur eux, sans les détacher ; ils sont corps avec la membrane.

Leur nombre est extrêmement variable, j'en ai compté 23, 17, 15, soit qu'ils soient disposés en séries, soit qu'ils soient épars, mais une dizaine est le nombre ordinaire ; j'en ai vu moins ; car de deux péricardes, j'en ai vu, chez l'un, deux, chez l'autre, un seul. Pour effacer le doute, je les ai étudiés conjointement avec d'autres, au microscope, sans y trouver de différence.

Il est fort facile, si on ne cherche pas avec le plus grand soin, de laisser échapper ces seules et rares traces, et de voir moins souvent ces corps qu'ils n'existent réellement ; c'est ce qui m'est sans doute arrivé souvent au début.

Leur diamètre varie de 0^{mm}, 8 à 1^{mm}, 0 ou 1^{mm}, 5 mais j'en ai vu par exception de 0^{mm}, 5 et 2^{mm}, 2.

Leur forme est très régulièrement globuleuse, à l'œil nu, mais plus ou moins turgide, suivant les cas. Ils sont ordinairement transparens et de couleur ambrée, mais souvent il existe au centre un point plus opaque, blanchâtre et qui paraît un orifice.

Si l'on met une mince portion du péricarde entre l'œil et la lumière après dissection, on les voit plus transparents. Mais la meilleure manière de faire consiste à laisser macérer, un jour ou deux, le péricarde dans l'eau fraîche ; le péricarde blanchit et perd sa transparence, tandis que les corps vésiculeux paraissent en acquérir une nouvelle. Si alors, par un coup de ciseau, on enlève un lambeau très fin, muni d'une vésicule, qu'on l'étende sur une plaque de verre, qu'on la recouvre d'un verre mince, qu'on laisse sécher à l'air pendant une heure, le lambeau paraît percé d'un pertuis rond, comme fait à l'emporte-pièce, et qui répond à la vésicule, on pourrait alors comparer un lambeau portant plusieurs vésicules à une tranche d'écorce d'orange ou de citron, avec ses cellules huileuses et transparentes.

La résistance de la vésicule est assez grande ; on peut racler assez fortement le péricarde, sans la rompre.

On ne voit point la séreuse cesser sur la vésicule, et lorsqu'on dissèque avec soin, on voit que celle-ci fait corps avec la face extérieure du feuillet séreux.

La vésicule rompue, il s'en écoule un liquide transparent ; celle-ci se flétrit ; mais sur la plaque de verre les

parois accolées de la vésicule n'en paraissent point plus transparentes.

Le petit volume de ces corps, leur absence, quoique dans un petit nombre de cas, la disproportion entre leur nombre et la quantité du liquide qu'on trouve à la mort dans le péricarde, les éloignent du rang des organes normaux et des glandulaires; mais leur uniformité d'aspect, de conformation, de siège, et leur très grande fréquence dans les péricardes les éloignent également des productions pathologiques.

Il fallait avoir recours à la loupe et au microscope pour approfondir leur étude.

Voici ce que chacun d'eux me présenta :

Ayant placé sous le microscope une portion mince de péricarde un jour ou plus après la mort, de façon à montrer la face interne du feuillet séreux, je vis manifestement les cellules épithéliales du péricarde passer sans interruptions et sans modification sur le follicule et sans cesser en aucun point. Le tissu cellulaire sous-épithélial, ou ne passe point sur le follicule, ou n'y passe point sans modifications.

Dans certains cas, les fibres celluleuses que Henle appelle fibres de cellules forment autour du follicule un ruban, disque strié fortement, serrant de près l'organe et l'étreignant en ne laissant libres que le $\frac{1}{4}$ de la circonférence regardant la cavité du péricarde et le $\frac{1}{4}$ opposé, mais cependant le dernier beaucoup moins que le premier, je ne sais si ce ruban-disque en est cause par son adhérence; mais j'ai éprouvé une très grande difficulté à énucléer le follicule plein, et encore, après l'avoir rompu, n'ai-je pu l'énucléer complètement; il tenait toujours avec résistance par une portion de sa circonférence qui se déchirait elle-même, si j'insistais.

Quelquefois cependant des fibres celluleuses très mani-

estés en faisceau passaient sur $1/4$, $1/3$, $1/2$, de l'hémisphère tournés vers mes yeux et le bord de ces faisceaux semblaient une corde tendue à la circonférence. Mais je n'ai vu cela que rarement.

Plus souvent les fibres de cellules, pressées autour du follicule se raréfient, et passent sur lui en une seule couche très transparente, mais se continuant manifestement, hors du follicule avec les autres fibres du péricarde; très souvent j'ai vu des fibres rameuses fortement dessinées et que Henlé aurait appelées des fibres de noyaux, passer rares, et éloignées les unes des autres sur l'hémisphère, mais se serrer sur les bords comme un disque, et former un lavis de mailles superposées, tandis qu'elles étaient moins nombreuses et moins serrées dans le tissu ambiant du péricarde.

Il est fort difficile de débarrasser la vésicule de ces diverses parties étrangères, quand elles existent.

Mais d'une part le râclage et la macération enlevant l'épithélium, et la nature montrant souvent l'hémisphère libre ou recouvert d'une couche unique et très transparente de fibres de cellules du péricarde, il m'a été assez facile de chercher à voir si le follicule a une membrane propre.

Je dois d'abord dire que plusieurs fois j'ai vu au centre de l'hémisphère, dans une étendue de 0^{mm} , 2 à 0^{mm} , 3 de petits granules noirâtres ou transparens suivant la distance du foyer, d'une grosseur de 0^{mm} , 0005 (dans des follicules qui précisément à l'œil nu paraissaient percés d'un orifice, parce qu'une tache blanchâtre était formée par cet amas de granules); mais comme il est facile avec la pointe d'une aiguille de faire rouler un peu la portion libre de l'hémisphère, je voyais cette tache et ces granules se porter tantôt à droite, tantôt à gauche, et comme ils étaient, la distance focale en faisait foi, inférieurs à la couche de fibres et cellules, et que d'ailleurs ces fibres ne présentaient abso-

lument rien de semblable hors du follicule sur le reste du tissu du péricarde, je devais penser que ces granules appartenaient ou au contenu du follicule ou à une paroi propre.

Je croyais qu'ils ne faisaient point partie du contenu parce qu'en prenant la cellule pour la faire rouler je les déplaçais, mais en masse et sans changer leurs rapports réciproques, ce qui n'eût point eu lieu s'ils eussent été libres et flottants; mais ce fut pour moi une certitude quand ayant crevé la vésicule, je vis la persistance de ces granules au même point.

Ces granules ne sont pas constants.

Qu'ils existent ou non après une section incomplète ou une déchirure du follicule on voit une membrane propre au follicule. Elle est hyaline; elle a 0^m, 01 à 0^m, 03 d'épaisseur; on y voit des stries celluluses dont les directions varient avec la distance focale, c'est-à-dire qui s'entrecroisent par couches, qui sont pâles, et présentent peut-être des débris de noyaux. Quelque soin que j'aie mis, je n'ai pu voir distinctement de cellules épithéliales tapissant la face interne du follicule.

Quand on traite un lambeau de péricarde portant son follicule par l'acide nitrique, les fibres rameuses se dessinent vivement; les autres, un peu plus évidentes d'abord, pâlissent, quelques bulles gazeuses s'échappent du tissu tant autour du follicule que loin de lui. — Le lambeau se racornit, soulève la plaque mince de verre qu'il faut maintenir ou remplacer par une plaque plus épaisse pressée elle-même par les mains; on voit en même temps le follicule accuser une sphéricité mathématique tout en diminuant de diamètre, en même temps qu'il jaunit un peu. — C'est alors une ligne nette et noire qui en marque la circonférence; tout est alors devenu transparent, légère-

ment ponctué, et finement strié sur le follicule, et même hors de son alentour, à l'exception des fibres rameuses qui disparaissent en dernier lieu.

Mais dans aucun cas, ni sur ces follicules frais ni sur les anciens, ni sur ceux qui avaient macéré, ni sur ceux qui ont été traités par les réactifs, je n'ai vu aucun pertuis, aucun canalicule partant de ces corps ; ce sont des sphères creuses, tout à fait closes.

Lorsque pour les montrer à la loupe à la Société anatomique, je préparai quelques follicules sur des plaques de verre, je craignais beaucoup de voir échouer cette démonstration, parce que mes plaques pouvaient sécher dans l'intervalle, et ce n'est pas sans quelque appréhension qu'arrivé à la séance, je jetai mon premier coup d'œil à travers la lentille ; quel ne fut pas mon étonnement quand je vis que le péricarde, séché tout autour, s'était comme affaissé complaisamment, et que le follicule apparaissait plus sphérique, plus turgide que jamais ? je ne m'expliquai point, pourquoi le follicule, clos il est vrai, mais mince, n'avait point laissé évaporer son contenu, comme le péricarde avait laissé disparaître le liquide de sa trame, et pourquoi le follicule avait revêtu un aspect éclatant.

D'un autre côté, j'avais aussi remarqué que la macération rendait la séreuse d'un blanc plus opaque, tandis que le follicule restait transparent et même devenait plus pelucide en prenant une teinte ambrée. Pourquoi le tissu ne s'opacifiait-il pas ?

Enfin, j'étais fort étonné quand, coupant sous le microscope ce follicule, il se laissait trancher, mais sans laisser échapper aucun contenu appréciable et ne se flétrissait pas ; cependant quand j'enlevai rapidement par un coup de ciseau sur le péricarde, le follicule et une mince portion de son entourage, je voyais une gouttelette très fine, il est

vrai, mais visible, sortir du follicule éclaté par la pression des deux branches des ciseaux.

On voit, en effet, que la solution de ces petites questions était fort embarrassante; cependant celles-ci avaient leur importance. Ne voulant point perdre mon temps à étudier le contenu altéré sans doute par la macération, je remettais l'examen de jour en jour, pressé d'ailleurs par d'autres occupations, l'étude sérieuse du contenu.

Je le fis enfin, et dès lors tout s'expliqua.

Je coupai sur une plaque de verre un morceau de follicule placé précisément sur le bord du lambeau et le dépassant; rien ne sortit. Je pressai ensuite la plaque de verre à l'endroit correspondant au follicule et dans la direction de l'ouverture. Je fis alors sortir du follicule un liquide un peu jaunâtre qui s'étala avec difficulté; je pressai un peu plus, et la gouttelette, déplacée se sépara complètement du follicule; mais aussitôt elle se réunit en une goutte ronde. Cette gouttelette d'un jaune verdâtre dans toute son étendue, était bornée par une ligne intérieure très nettement et mathématiquement circulaire, en dehors et à une distance de 0,02 environ, en était une autre ligne à contours irréguliers, à inégalités arrondies comme les corps qui ne mouillent point. Entre ces deux lignes limites existait une lumière fortement irisée de vert, de jaune et de rouge; en outre, cette gouttelette réfractait aussi fortement la lumière; je répétai plusieurs fois l'expérience avec des follicules pris sur d'autres péricardes et j'obtins plusieurs fois ce même résultat.

Cette matière était extrêmement transparente, mais ne contenait aucune espèce de cellules ou de granulations quelconques; n'étaient la couleur, et la réfraction de la lumière, on aurait rien vu, je crois. Considérant alors que le péricarde se séchant le follicule restait turgide, que le pé-

ricarde s'opacifiant celui-ci restait pellucide, que le contenu sortait peu volontiers du follicule quoiqu'il fût liquide, mais aussi qu'il ne mouillait point, qu'il réfractait fortement la lumière. Je pensai aussitôt que j'avais affaire à un liquide analogue, soit aux huiles vraies, soit à la synovie, soit à quelque albumine visqueuse et colorée.

Je remarquai que l'acide nitrique, tout en rendant le follicule transparent, jaunissait plus fortement celui-ci (il prenait une teinte ambrée) que le péricarde; le liquide lui-même sous cette influence devena d'un jaune verdâtre. Or, précisément ces huiles se comportent ainsi avec l'acide nitrique. Mais, d'un autre côté, l'éther, tout en paraissant dissoudre une certaine portion, laissait une certaine partie du liquide réuni en gouttelettes jaunes, comme si, au lieu d'avoir eu de l'huile, on eût eu de l'albumine.

Le deuto-chlorure de mercure précipitait manifestement en granules la majeure partie de la masse sans la décolorer. S'agissait-il de la formation d'un savon dur à base d'oxyde de mercure, ou d'albumine précipitée, combinée, ou non, avec tout ou partie du réactif? . . .

Telle est la structure anatomique de ces petits corps. Avant de discuter leur valeur physiologique ou pathologique je dois rappeler l'opinion des auteurs anciens.

Depuis fort longtemps les physiologistes et les médecins, en présence du liquide qui baigne habituellement après la mort l'organe central de la circulation, avaient cherché à rattacher la sérosité du péricarde à une sécrétion.

Loyer (*tract. de corde*. Lond. 1680. 4) s'exprime ainsi :
« Juxta basin cordis diversas glandulas.. e quibus humor intra capsulam exstilat et in vacuo spatio... etc. » Aupara-

vant il s'était exprimé ainsi : « *Quemadmodum glandulas lacrymales...* »

Il est singulier de voir l'auteur, auquel au reste, les anatomistes rapportent l'idée première de glandes du péricarde les placer à la base du cœur, c'est-à-dire vers l'endroit où précisément existent les vésicules que j'ai décrites plus haut.

Peyer (*Pæonis et Pythagoræ exercitationes Basilicæ* 1672) ne pense point que Lower (ce dernier avait émis son opinion dès 1662) ait eu raison de faire venir le liquide péricardique de glandes, siégeant à la base. « *Ego vero, dit-il, ex ipso pericardio humorem provenire existimo, quoniam hoc interne plurimis foraminibus, ad instar foliorum hyperici vulgaris pervium aliquoties animadverti roridas aquæ guttas compressione fundentibus.* »

J'avais comparé, bien avant d'avoir lu ces auteurs, les apparences de pertuis que les follicules donnent à la séreuse, aux vacuoles de l'écorce d'orange; qui ne reconnaît une grande analogie entre ceci et ce que présente la feuille de millepertuis ? en sorte qu'on se demande si ces deux auteurs ne décrivent point la même chose, sous deux jours différents, et si, réellement, ils n'avaient point vu quelque chose de semblable à ce que nous avons observé ; ou Peyer ne parle-t-il point de vrais pertuis, non pas seulement au niveau de la base du cœur, mais par tout le péricarde ?

Malpighi vint après; il ne pouvait manquer de rechercher des glandes dans le péricarde ; mais dans son ardeur de découvertes, la nature semble disparaître de ses yeux obscurcis par l'imagination. « *Pericardium ipsum glandula est sive glandulosum corpus*, dit-il, *facta itaque compressione in interiori membranæ superficie, guttulæ minime fere innu-*

meræ a determinatis orificiis prosiliunt... hoc in homine, pennatis, bove et multiplicibus quadrupedibus quæ pertractare potui perpetuo observavi : » (de structurâ glandularum conglobatarum).

D'un bond, voici que le péricarde est une glande pourvue de conduits et d'orifice, Lower s'était borné à dire qu'il y avait des glandes à la base, et Peyer niant avait dit que le péricarde fournissait lui-même le liquide. Aussi Heister (*Compendium anatomicum*, I, 123.) arrive, et voyant cette confusion : « *mult eum (liquorem)*, dit-il, *ex glandulis deducunt; quas et in pericardio vel in corde ipso existere volunt : quia vero hæ demonstrari non possunt : illum potius in systole cordis et auricularum ex his exprimi suspicor.* »

Les glandes sont niées, une théorie nouvelle est créée, c'est le cœur et surtout les auricules qui expriment du sang la liqueur péricardine, le péricarde est dépouillé des glandes et de la matière sécrétée.

Il y avait un 1/2 siècle que Lower et Peyer s'étaient combattus, Heister fait table rase du champ de bataille.

Dans un autre passage, (*Comp. anat. notæ*. I. 54), tout en niant les glandes de Lower, il nous donne des renseignements fort précieux; il décrit les corps qu'on avait pris pour des glandes, et nous tire d'embarras, car nous n'avions de ces corps aucune description. — Est-ce un service qu'il rend à ses adversaires ?

« *Varii scriptores perhibent se in pericardio corpuscula spheroida (quæ glandulas esse voluit) observasse. Perum quia hæ observationes ex corporibus ægris, sive ex statu morbozo, sunt desumptæ et in sanis nunquam quantum novi,*

adhuc visæ. Hinc potius existimo, hæc corpuscula, glandulas representantia, nil nisi tubercula morbo producta existere, a stagnatione materiæ terrestris aut viscidæ in minimis arterioliis harum membranarum orta. »

Ainsi, ces glandes de la base étaient non des glandes irrégulières, mais des corps arrondis, pleins de liquide visqueux. Voici donc des points plus ressemblants encore avec notre description.

Lancisi, quelques années plus tard (1745) (*de motu cordis. Romæ*), rappelle trois opinions ayant cours sur l'humour du péricarde :

« 1o Bartholinus, Thebesius, etc, ex vaporibus hausissimis per cordis et vasorum quæ pericardio includuntur, deducunt humorem. » (p. 60).

« Secunda classis est illustrium virorum qui cum Peyero et Malpighio exsudare quibusdam foraminis intra tunicam internam pericardii dehiscenribus, etc. » (d. 61).

« Postrema est multorum qui cum celeberrimo Howerio existimunt a peculiaribus glandulis secerni propriisque ductibus se hanc cordis capsulam inferri. »

Puis critiquant les auteurs, il émet une opinion qui se rapproche beaucoup de celle de Heister (p. 61) :

Variant tamen inter se idem scriptores, tum in discernendis qualitate situque glandularum, tum in abstruendis carnis ductibus. (Lowerus intra potius quam extra pericardium locavit). Ad basin vero cordis, et prope illam non alius generis locantur glandulæ quam folliculi adiposi, qui non lympham sed oleosam substantiam colligunt et emittunt. »

Ainsi nous revoiyons toujours le lieu indiqué par Lower, la base du cœur, nous retrouvons son idée que les glan-

dules existent plutôt dans le péricarde qu'en dehors ; Peyer avait comparé l'aspect du péricarde à une *feuille de mille pertuis*, Heister avait ajouté que leur contenu était *visqueux*, Lancisi va plus loin, il dit *oleosa substantia non lymphæ* pour montrer que le liquide du péricarde n'en vient pas.

(Je n'ai pu trouver le passage dans lequel Lancisi dirait, suivant Portal, que ces glandes sont arrangées en lignes parallèles).

Portal donne l'opinion d'un grand nombre d'auteurs qu'il critique assez vivement. (Cours d'anat. méd. III). « *Il n'y a pas d'hypothèse absurde qu'on n'ait imaginée pour la sécrétion de l'humeur péricardine,* » il rappelle que Lower, Blancard, Malpighi, Lancisi, Cassebohm, Samuel Collins, Duverney avaient admis des pertuis. Mais je ne sais si Portal a à la main un péricarde ou un feuillet de l'ouvrage de Malpighi quand il écrit (Cours d'an. III. 10) :

« La membrane interne paraît percée d'un nombre prodigieux de très petits orifices dont il s'écoule une grande quantité de sérosité quand on l'étend sur les doigts. J'ai introduit, ajoute-t-il, une soie de sanglier dans quelques-uns, et ils m'ont paru aboutir dans des conduits tortueux.

Senac moins riche en bibliographie, critique moins, il s'exprime ainsi :

- On ne saurait découvrir de glandes dans le péricarde
- lorsqu'il n'est pas sorti de son état naturel. Le principal
- organe des sécrétions est la substance cellulaire.

- Lorsqu'après avoir enlevé la substance cellulaire, on
- expose le péricarde au soleil, on voit à travers, la mem-

» brane externe et propre, beaucoup de vésicules rondes ;
 » elles ressemblent à celles qu'on observe dans les feuilles
 » des arbres, ou dans les écorces de citron et d'orange, ces
 » vésicules paraissent remplies d'une liqueur; elle y est
 » sans doute déposée par des tuyaux sécrétoires. Ce qui
 » confirme l'existence de ces petits réservoirs, c'est qu'on
 » exprime des gouttes d'eau en pressant la membrane in-
 » terne du péricarde. » Il ajoute plus loin : *que ces vési-
 cules sont irrégulièrement disposées.* » (Mal. du cœur,
 t. 19.)

Puis, bientôt après, ces auteurs, ces glandes, ces vési-
 cules, ces orifices ne figurent plus dans les traités d'ana-
 mie, on ne les discute plus, on n'en parle point.

Bichat, Boyer, Cruveilhier, Bouillaud, Theile, Henle
 tous sont silencieux, mais on conserve toujours l'opini-
 on qu'il y a une humeur qui lubrifie le péricarde.

Dois-je, pour rendre cet aperçu historique un peu plus
 complet, rappeler que Jean de Muralto et Verheyen fai-
 saient découler cette humeur du thymus, que Portal pense
 que l'on a pris, pour des glandes du péricarde, des glandes
 lymphatiques placées près de lui.

Avant lui Antoine de Marchettis faisait venir l'humeur
 péricardine de branches venues du canal thoracique ;
 Stenon « *lymphaticis* ? »

On conçoit qu'après un tel dédale d'opinions, d'observa-
 tions incomplètes, et d'hypothèses, les anatomistes fatigués
 n'aient plus porté leur attention sur un sujet si malheu-
 reusement rebattu.

Aussi les médecins des 3 ou 4 dernières générations
 ont-ils été complètement étrangers à cette question, et
 nos études y ont plus encore été étrangères que les leurs.

Aussi, est-ce complètement l'étude de l'anatomie pathologique, et non de l'anatomie normale, qui nous a conduit à la soulever de nouveau.

La question ne peut se poser pour de vraies glandes, pourvues de conduits sécréteurs, *il n'en existe pas dans le péricarde.*

Elle ne peut se poser que relativement à des organes qu'on regarde généralement comme des glandes rudimentaires, les follicules clos, ou vésicules glandulaires de Henle.

Ce dernier auteur y range entre autres, les glandes de l'intestin grêle, les vésicules de Graaf, les œufs de Naboth du col de la matrice.

Voici quelle est la structure, suivant lui, des vésicules glandulaires :

Ces vésicules sont rondes et parfaitement closes; elles sont logées dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou sous-séreux.

Elles ont une paroi propre anhyste dans les petites vésicules; dans les plus grosses il y a passage à une membrane composée de faisceaux de fibres concentriques au pourtour de la circonférence du follicule; les cellules à maturité d'abord lisses, deviennent plus tard raboteuses; dans les glandules de la gencive, il y a *comme* des squammules d'épithélium; ce fait est *certain* pour la vésicule de Graaf, il y a une couche cohérente membraniforme, analogue à l'épithélium des membranes séreuses tapissant la face interne de la tunique propre (*anat. générale. Trad. de Jourdan, t. 473-5.*

Aux vésicules du péricarde nous avons trouvé une paroi

propre, à peu près anhydre, recouverte de tissu cellulaire à fibres concentriques au pourtour; quant à l'existence d'une couche épithéliale nous n'avons pu la saisir; mais on voit qu'elle ne lui est démontrée que pour la vésicule de Graaf, et point pour les autres vésicules glandulaires.

La structure des vésicules du péricarde offre donc une similitude parfaite avec les vésicules glandulaires, décrite par Henle; quant au contenu, on conçoit qu'il y ait peu d'analogie entre les glandes de l'estomac et de l'intestin et les vésicules des membranes séreuses.

Nous avons décrit ce contenu, tel que nous l'avons rencontré plusieurs fois, car il faut se rapprocher le plus possible de l'époque de la mort, pour le trouver à l'état normal; nous avons vu l'analogie qu'il présentait avec la synovie.

Quoi qu'il en soit le nombre des vésicules n'est point en rapport avec la quantité du liquide du péricarde, et leur contenu n'est point ce liquide purement séreux. D'un autre côté, la différence qui existe entre le liquide des cavités splanchniques et synoviales ne saurait être niée.

Dans les premières, c'est un liquide séreux, dans les secondes, un liquide épais gluant.

Mais examinant ce qui se passe dans les obstacles au cours du sang. Nous voyons que les cavités splanchniques, le tissu cellulaire des membres s'emplissent de liquide séreux. *Mais jamais les synoviales ne se remplissent de ce liquide et ne s'en distendent.*

Voici donc à l'autopsie une différence capitale entre la *perméabilité au serum*, perméabilité grande au péricarde à *part toute idée de sécrétion.*

Qu'ont observé Portal et tant d'autres ? que plus l'agonie a été longue plus les obstacles à la circulation ont été considérables ou permanents, plus aussi les séreuses et en particulier le péricarde, contiennent de liquide séreux, et assurément on n'invoque pas alors une hypersécrétion de fluide séreux. Il n'y a donc rien d'étonnant que bien souvent le péricarde contienne à la mort une quantité de fluide séreux qu'on est convenu d'appeler normal, plutôt pour exprimer par là que l'organe lui même n'a pas été malade que pour exprimer que c'est une sécrétion produite pendant la vie et normale.

Ainsi donc cette grande différence, tirée de la qualité de liquides éloignée en grande partie par cette explication, la clinique n'avait-elle point raison d'indiquer l'étroit lien qui unit les synoviales et le péricarde ? L'analogie que nous avons trouvée entre la synovie et le contenu des vésicules du péricarde ne ferait que confirmer ces idées.

Qu'on me permette de remarquer que l'état gluant, l'aspect huileux de la synovie, trouvent un rapprochement qui ne vient pas de moi avec le contenu des glandes supposées dans ces expressions de Heister « *viscida* » et de Lancisi « *folliculi adiposi, qui non lympham sed oleam substantiam colligunt et emittunt.* »

Ne peut-on se demander si la matière des follicules ne se rencontrerait point dans le péricarde lui donnant un état poisseux, dans les cas où s'arrêterait la filtration séreuse ; et si dans les autres cas cette matière ne disparaîtrait point noyée dans la sérosité, comme la synovie devient méconnaissable au milieu du liquide de l'hyarthrose et au même titre, en un mot, si la synovie et la matière visqueuse des vésicules n'est point le vrai liquide physiologique ;

l'hydropisie du péricarde, morbide ou non, résultant d'une simple filtration plus facile du sérum du sang à travers les vaisseaux et la membrane, d'après un mécanisme qui dans la plupart des hydropisies est le même.

En résumé :

« A. Des organes qui se rencontrent dans les $\frac{3}{4}$ des cas;

« B. Constamment sur la partie supérieure du péricarde au moment de sa réflexion, toujours sous le feuillet séreux;

« C. Dont la forme, la couleur, les dimensions, l'aspect sont toujours les mêmes;

« D. Dont la structure à l'œil nu et au microscope est constante;

« E. Dont l'analogie avec celle des vésicules glandulaires ou follicules clos est frappante;

« F. Dont le contenu analogue à la synovie dans la plupart des cas, confirme un rapport connu entre les synoviales et le péricarde;

« G. Dont le siège est précisément au point où s'exécutent sinon les mouvements les plus brusques au moins les frottements les plus multipliés, je dirai les plus importants;

« H. Organes dont les caractères du contenant et du contenu ont été entrevus un à un, mais sans ensemble ni précision depuis Lower.

Sont-ils des VESICULES GLANDULAIRES PERICARDINES ? Je le pense, mais à titre d'organes rudimentaires. Ils n'ont pas la constance des organes parfaits, et ne se rapprochent par leur structure que des follicules dont la nature glandulaire est assez imparfaite, pour avoir été niée.

On pense bien que je n'ai point la preuve de la manière

dont ces follicules émettent le liquide qu'ils contiennent : est-ce par débiscence ? c'est à prouver ainsi que pour plus d'un autre follicule.

Je dois noter ici deux altérations que j'ai rencontrées ; j'ai vu dans une autopsie de rhumatisme articulaire aigu, le péricarde présenter un certain nombre de ces follicules qui étaient entourés par des points hémorragiques de 2 à 3 millimètres de diamètre. Une autre fois, il m'est arrivé de voir 2 vésicules abouchées l'une dans l'autre, et ayant alors la forme d'un 8, les deux cavités communiquaient ensemble.

Il ne faut pas confondre les vésicules que je viens de décrire avec des granulations fibrineuses qui se voient souvent sur les auricules et dont nous aurons occasion bientôt de démontrer la valeur.

Il ne faut pas non plus prendre pour des vésicules de petits dépôts fibrineux, blancs, laiteux qui se trouvent parfois le long des petits vaisseaux qui se voient par transparence sous la séreuse au moment de sa réflexion.

Mais j'ai vu souvent des cicatrices étoilées d'un blanc opaque aux endroits où sont habituellement les follicules et parfois parmi eux, je me suis demandé si elles étaient la trace de la débiscence de quelque vésicule close.

Au reste, il y a encore une foule de petites questions à résoudre ayant trait à ces vésicules, qui tranchées donneront définitivement la valeur réelle de ces corps.

Mémoire sur les luxations latérales du coude (1).

Par M. DENUCÉ.

Les luxations latérales du coude sont restées longtemps peu connues ; elles ont été surtout jusqu'à notre époque mal étudiées et mal appréciées. Ce n'est que depuis les travaux de M. Malgaigne, de M. Debruyne, de M. Nélaton que l'attention a été éveillée sur ce point. Un certain nombre de faits plus exactement analysés ont été apportés. Ces faits, auxquels j'en puis joindre quelques autres, méritent d'être considérés dans leur ensemble, afin de tirer de cet examen quelques résultats généraux et peut être quelques vues nouvelles. Tel est le but que je me propose dans ce travail.

Je commencerai par présenter quelques considérations sur le mécanisme des luxations latérales du coude en général ; puis j'étudierai successivement les luxations en dehors et celles en dedans.

Mécanisme des luxations latérales du coude.

Tous les mécanismes par lesquels on a cherché à expliquer les luxations du coude, me paraissent pouvoir se rapporter aux six théories suivantes :

1° Celle du *glissement* dans laquelle deux forces agissant en sens opposé, poussent les deux surfaces à glisser l'une sur l'autre.

2° Celle de l'*écartement*, dans laquelle deux forces tirent en sens opposé les deux segments du membre, et déterminent la diduction des surfaces articulaires.

(1) Les principaux faits de ce mémoire sont tirés d'un travail beaucoup plus étendu déposé à l'administration des hôpitaux, le 4^{er} août 1850.

3° Celle de l'*extension forcée* ou de la *flexion en arrière*, dans laquelle l'articulation roulant sur l'olécrâne comme sur un pivot se déboîte en avant.

4° Celle de la *flexion forcée*, dans laquelle l'articulation roulant sur l'apophyse coronoïde s'ouvre en arrière.

5° Celle de la *flexion latérale*, dans laquelle les deux surfaces prenant un point d'appui du côté où s'opère la flexion s'écartent de l'autre côté avec rupture du ligament opposé.

6° Celle de la *torsion* imprimée soit au bras, soit à l'avant bras, ou aux deux en même temps dans un sens contraire.

De ces six théories, la première, celle du glissement, ne peut jamais à elle seule à cause d'engrènement des surfaces articulaires, produire une luxation. D'autre part, les cinq autres déterminent bien une diduction, une sorte de diastase, mais non point une véritable luxation, avec chevauchement des surfaces. Ce n'est en général que par l'adjonction du glissement à l'une des cinq autres théories que la luxation peut avoir lieu. L'intervention de deux puissances nous semble donc nécessaire; la première; destinée à séparer les surfaces, la seconde, à opérer le déplacement.

Si maintenant nous cherchons à appliquer ces diverses théories aux luxations latérales, nous voyons que la flexion forcée, et l'extension forcée doivent évidemment être laissées de côté; que la torsion qui a pour résultat de porter l'apophyse coronoïde en arrière ou même dans certain cas l'olécrâne en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus, ne trouve pas non plus d'application.

Restent donc l'écartement et la flexion latérale complétées par le glissement. La flexion latérale qui a surtout été

bien étudiée par M. Malgaigne, peut être produite soit par un choc direct sur le bord de l'articulation, lequel a pour résultat de ramener les deux segments du membre de son côté en faisant bâiller l'articulation dans le sens opposé ; soit par l'application de deux forces parallèles sur les deux segments du membre avec un point d'appui au niveau de l'articulation soit par l'application d'une force sur l'un des segments tandis que l'autre est invariablement fixé, soit enfin par la simple exagération de l'angle naturel saillant en dehors que forme l'articulation du coude. Dans tous les cas, l'un des ligaments se trouve alors rompu s'il survient une impulsion qui porte les surfaces en sens opposé, c'est-à-dire qui opère le glissement ; la luxation aura lieu, et suivant la direction et l'intensité de cette force la luxation sera interne, complète ou incomplète.

Quant à l'écartement, on conçoit très bien qu'à la suite d'une diduction des surfaces articulaires produite par une machine de toute autre force, l'intervention du glissement puisse opérer le déplacement, soit en dehors soit en dedans. Ce mécanisme a été encore entrevu par M. Malgaigne qui admet que la luxation peut avoir lieu lorsque deux forces agissant en sens opposé sur l'avant-bras et le bras poussent en même temps le bras en haut et l'avant-bras en bas.

A ces deux grandes théories du mécanisme des luxations latérales du coude, nous en devons joindre une troisième plus complexe. Quand on fait des expériences sur le cadavre, on est étonné de la faculté avec laquelle certaines luxations changent complètement de forme, et l'on se demande s'il n'en doit pas être ainsi quelquefois sur le vivant. Je n'entends point parler des déplacements secondaires ;

je suppose seulement qu'une violence compliquée ou qui dure un certain temps puisse d'abord produire un déplacement, puis le changer en un autre. Dans une luxation en arrière par exemple, alors que les ligaments sont rompus ou déchirés, il suffirait qu'une force légère poussât l'olécrâne en bas et en dehors ou en bas et en dedans pour que l'apophyse coronoïde vint se placer sous l'épicondyle ou l'épitrachée et déterminer ainsi une des espèces de luxation latérale. — Une semblable luxation serait produite en trois temps, les deux premiers étant employés à opérer le déplacement primitif, et le troisième la luxation définitive.

Luxations du coude en dehors.

Nous excluons des luxations en dehors toutes celles dans lesquelles le cubitus tout entier est en arrière de l'extrémité inférieure de l'humérus et porté en même temps un peu en dehors, comme dans les observations d'A. Cooper et de M. Debruyne; nous ne voyons dans les cas de ce genre qu'une simple variété des luxations postérieures.

La luxation ne sera réellement en dehors pour nous, que lorsque des deux apophyses coronoïde et olécrâne, l'une restera en arrière et l'autre en avant de l'humérus.

La luxation sera complète ou incomplète (1) suivant que les deux surfaces articulaires se seront abandonnées entièrement ou en partie. Et n'oublions pas que la surface articulaire supérieure s'étend de la trochlée au condyle et ne comprend pas les tubérosités internes ou externes, en sorte que lorsque la surface articulaire inférieure ne sera plus en contact qu'avec l'une d'elles la luxation devra être considérée comme parfaitement complète.

(1) On m'a reproché de m'être servi des mots de luxation incom-

Ceci posé, nous allons étudier successivement.

1° Les luxations en dehors complètes ;

plete qui suivant les termes du rapport de M. Broca sur ce travail, doivent être bannis *comme donnant lieu des contestations légitimes, et comme ayant un sens équivoque dans le langage chirurgica*! Mes idées sont très précises à ce sujet. Toutes les articulations se rapportent à trois types. 1° Une portion de sphère emboîtée dans une portion de sphère, enarthrose. 2° Une surface plane juxtaposée à une surface plane (arthrodie). 3° Une portion de cylindre (ginglyme).

1° Je ne conçois pas que deux portions de sphère concentrique puissent se quitter incomplètement. Si elles cessent d'avoir un seul point commun, elles sont également séparées dans toute leur surface. Seulement elles peuvent être rejetées à une plus ou moins grande distance l'une de l'autre, de telle sorte que les deux sphères qu'elles représentent se coupent, soient tangentes ou complètement écartées l'une de l'autre. Dans les deux premiers cas, la surface ou le bord de l'une peut garder un point de contact avec le bord de l'autre, c'est ce qu'on a appelé *luxation incomplète*, terme faux qui signifie simplement que l'écartement des surfaces n'est pas très grand et qu'on pourrait remplacer par celui de *subluxation*.

2° Mais deux surfaces planes juxtaposées peuvent évidemment se quitter complètement ou incomplètement parce que deux plans peuvent cesser d'être en rapport par plusieurs points sans cesser d'être juxtaposés; on peut donc pour les arthrodies admettre les *luxations complètes et incomplètes*. Le chevauchement qui accompagne les premières, légitime cette distinction.

3° Enfin, dans les ginglymes où un demi-cylindre est reçu dans un demi-cylindre, comme au coude par exemple, la coupe antéro-postérieure représentant l'emboîtement de deux portions de circonférences concentriques, celles-ci ne peuvent pas non plus se quitter incomplètement, en sorte que d'avant en arrière, il ne peut pas y

2° Les luxations en dehors incomplètes.

3° Les luxations en dehors avec complication de fracture.

1° Luxations complètes en dehors.

Les observations de ce genre de luxation se sont beaucoup multipliées depuis quelques années. Celles que nous avons pu réunir sont au nombre de six.

La première appartient à M. Nélaton qui l'a publiée dans son traité de pathologie externe.

La seconde à M. Robert (Gaz. des hôpitaux).

La troisième à M. Perrin de Pont Vallain (Gaz. des hôpitaux).

La quatrième à M. Soulé de Bordeaux (Gaz. médicale).

La cinquième à MM. Pioget et Dubreuil (Gaz. des hôpitaux 1851).

Enfin la sixième a été recueillie par moi-même en janvier 1850. Je vais rapporter cette observation qui n'a pas été publiée, mais qui a été consignée dans un mémoire présenté à l'administration des hôpitaux le 30 août 1850.

Le 3 janvier 1850 étant interne de garde à l'Hôtel-Dieu avec mon collègue et ami M. Pierre, nous reçûmes le nommé Piquel, âgé de 35 ans demeurant rue du Grenier S. Lazare, n° 6.

avoir de luxation incomplète, mais seulement des luxations et des subluxations. Dans le sens transversal, au contraire, la coupe étant représentée par la juxta-position de deux lignes sensiblement droites, celles-ci peuvent comme les surfaces planes s'abandonner *complètement ou incomplètement* toujours avec cette différence essentielle que le chevauchement caractérise l'une d'elles.

En résumé, nous n'admettons que des luxations et des subluxations dans les enarthroses, et dans le sens antéro-postérieur des ginglymes; nous admettons des luxations complètes et des luxations incomplètes dans les arthrodies et dans le sens latéral des ginglymes.

En descendant de voiture, il est tombé le bras dans l'abduction et fléchi sur les marches d'un escalier. Le choc a porté sur le côté interne de l'articulation du coude. Trois heures après l'accident, le malade a été soumis à notre examen. Il n'y a pas de gonflement; le malade est maigre, en sorte que l'on voit les moindres reliefs des saillies osseuses et musculaires à travers la peau.

Le bras est dans la *semi-flexion* invariable, en *pronation forcée* et ne peut être ramené en supination. La face postérieure de l'avant-bras est devenue à peu près externe, et l'antérieure interne. Voici les changements de forme que l'on peut apprécier. Le bras se termine brusquement en arrière par une ligne transversale, sur laquelle on sent immédiatement au dessous de la peau, de dedans en dehors 1° l'épitrachée; 2° au dessous et un peu en dehors la trochlée qui tend fortement la peau, et qui est surmontée d'un creux formé par la cavité olécrânienne vide; 3° le condyle; 4° en dehors du condyle on trouve l'olécrâne qui préémine un peu en arrière et en bas et semble déjeté tout à fait en dehors de la surface articulaire et embrasse pour ainsi dire par sa cavité sygmoïde le dessous de l'épi-condyle. 5° En dehors de l'olécrâne qui est un peu renversé, en sorte que sa face postérieure regarde en dehors et en bas, on trouve un enfoncement dans lequel le doigt peut plonger, formé par la cavité sygmoïde. On sent en avant l'apophyse coronoïde, en arrière le bec olécrânien, dans le fond, l'épycondyle sur lequel on arrive difficilement, et à près d'un centimètre de profondeur. 6° Enfin au dessus et en avant de cet enfoncement existe une saillie osseuse assez marquée, c'est la petite tête du radius.

Il existe trois saillies musculaires très remarquables :
 1° le tendon du triceps porté en dehors vers l'olécrâne;
 2° Le tendon du biceps se dirigeant aussi en dehors à la face antérieure du membre ; 3° Le faisceau des muscles inséré au condyle, sortant comme une gerbe de l'enfoncement circonscrit par la cavité sygmoïde et allant se perdre sur la face postérieure de l'avant-bras.

J'ajoute à ces données quelques mesures prises comparativement sur les deux membres.

Le diamètre transversal de l'épitrôchlée à la saillie opposée la plus éloignée constituée par l'olécrâne est de 78 mm., tandis que de côté sain, de l'épicondyle à l'épytrôchlée nous ne trouvons que 69 mm.

De l'épitrôchlée au point culminant de l'olécrâne, nous trouvons 75 mm. et du côté sain, 38 mm.

De l'olécrâne à l'acromion dans la flexion, 318 mm. et du côté sain 334.

A quelle luxation avions-nous affaire ? Evidemment à une luxation complète en dehors puisqu'on sentait toute la surface humérale en dedans de l'olécrâne et que l'apophyse coronoïde était en avant et l'olécrâne en arrière de l'humérus.

Toutefois à la différence de l'observation de M. Nélaton la cavité sygmoïde au lieu de remonter le long du bord externe de l'humérus embrasse l'épicondyle contre lequel elle est maintenue par les muscles épicondyliens. Le malade souffrait beaucoup le long du nerf cubital, le gonflement n'avait pas encore paru ; nous nous décidâmes à réduire, sur le champ, M. Pierre se chargea de la contre-extension, d'une main je me proposai de faire l'extension et de l'autre la coaptation. Après m'être bien rendu

compte de la luxation telle que je la comprenais, je pensai que la première chose à faire, était de ramener le bras dans la supination, afin que les deux surfaces articulaires mises au même niveau par l'extension, ne se fissent pas opposition. Au fait, au premier effort de traction, l'articulation rentra violemment et avec bruit à sa place, la coaptation avait été accomplie par les muscles tirillés ainsi qu'Aslley Cooper l'a observé en plusieurs circonstances.

Si nous rapprochons de cette observation les 5 autres que nous possédons, nous trouvons une foule de points communs qui permettent d'établir un certain nombre de faits généraux. Ainsi, dans toutes, il est évident que les os de l'avant-bras sont portés en dehors, que la cavité sygmoïde du cubitus embrasse le bord externe de l'humérus, que la tête du radius est portée en avant et appliquée contre la face antérieure de l'humérus : qu'il existe en dedans une saillie très prononcée formée par la partie interne de l'extrémité cubitale de l'humérus et que le bras reste en demi-flexion et en pronation forcée. Mais un point sur lequel les auteurs ne s'entendent pas est le suivant : Quelle est la position précise de la cavité sygmoïde du cubitus par rapport au bord externe de l'humérus ?

M. Soulé et M. Perrin se contentent de dire que la cavité sygmoïde embrasse l'extrémité inférieure de ce bord.

Dans les quatre observations nous trouvons des indications plus précises, mais qui diffèrent sous certains rapports. Ainsi M. Nélaton et M. Robert nous apprennent que dans les cas qu'ils ont observés la cavité sygmoïde embrasse le bord externe de l'humérus, mais ils notent expressément qu'elle est située au dessous de l'épicondyle.

On a vu combien dans mon observation je me suis attaché à démontrer que contrairement à ces deux derniers cas la cavité sygmoïde en embrassant le bord externe de l'humérus reste au dessous de l'épicondyle. Et depuis, l'observation de MM. Piogey et Dubreuil est venu confirmer ce point de la mienne. « La cavité sygmoïde n'est pas placée au dessus de l'épicondyle, mais l'embrassé complètement. »

Dè ces faits, il résulte pour nous une conséquence qui nous paraît incontestable, les luxations complètes en dehors peuvent se présenter sous deux formes différentes suivant que la cavité sygmoïde qui embrasse le bord de l'humérus se trouve située au dessus ou au dessous de l'épicondyle. Ces deux formes constituent deux variétés que l'on peut désigner sous le nom de *sus-épicondylienne* et de *sous-épicondylienne*.

Elles trouvent du reste leur raison d'être dans une disposition anatomique qui mérite d'être signalée. En effet, un faisceau musculaire très fort, très résistant, part de l'épicondyle; la cavité sygmoïde chassée en dehors vient par sa concavité embrasser la voûte ostéo-musculaire formée par ces muscles et l'épicondyle, et trouve là une résistance devant laquelle elle peut s'arrêter. Si la force est extrême, elle surmonte cet obstacle, soit en chassant les muscles devant elle, soit en les déchirant; soit en arrachant une portion osseuse. Ce dernier cas s'est présenté dans l'observation de M. Robert où il est dit : « L'extrémité supérieure de l'avant-bras, entraînant avec elle une petite portion de l'extrémité inférieure de l'humérus, s'est luxée complètement en dehors. »

Nous allons maintenant présenter l'histoire générale des

luxations complètes en dehors, en prenant pour guides les faits consignés dans ces six observations et en insistant sur les différences que peuvent présenter les deux variétés que nous avons reconnues.

Je ne reviendrai pas sur le mécanisme. Je noterai seulement, que dans les cinq cas sur les six observations, où les malades ont pu rendre compte de leur accident, la violence a été directe, et que particulièrement dans l'observation de M. Perrin, ainsi que le témoigne la présence d'une ecchymose et dans la mienne, le choc a porté sur la partie interne de l'articulation à demi-fléchie, ce qui fait soupçonner que suivant le mécanisme indiqué par M. Malgaigne, le premier effet a été de rapprocher les os en dedans et le second de chasser les os de l'avant-bras en dehors.

Relativement à l'anatomie pathologique, j'ai déjà insisté sur la position respective des surfaces articulaires, sur le rôle des muscles épicondyliens; je dois ajouter qu'au moins l'un des deux ligaments latéraux et en général les deux sont rompus.

Les symptômes méritent de fixer notre attention; nous allons les passer successivement en revue dans chacune des deux variétés.

1° *Variété susépicondylienne.* — En dedans, saillie formée par l'humérus; dépression au dessous. En dehors, saillie formée par le cubitus le long du bord externe de l'humérus, dépression au dessus; en arrière, l'olécrâne manque dans la cavité que l'on sent très bien au dessous de la peau ainsi que l'épitrochlée, la trochlée, le condyle et même l'épicondyle s'il n'est pas fracturé. Au dessus de l'épicondyle, et à une certaine hauteur du bord externe de

l'humérus, on voit et on sent le sommet de l'olécrâne. En avant, on sent également la trochlée en dedans, et en dehors la tête du radius ; triceps et le biceps tirailés forment deux cordes tendues de dehors en dedans. Il y a raccourcissement du membre, éloignement de l'épitrôchlée et de l'olécrâne, rapprochement de l'épitrôchlée et de l'apophyse styloïde radiale.

L'attitude est caractéristique ; la demi-flexion avec une forte pronation ; l'avant-bras est presque de champ. Il suffit de se rappeler la disposition des muscles pour comprendre cette attitude. Au moment où le cubitus et le radius sont déjetés en dehors, le brachial, le biceps et le rond pronateur sont fortement tirailés, beaucoup plus que le triceps. Le premier amène la flexion, le second la flexion et la pronation, le troisième la pronation. L'action exagérée de ces muscles, l'union intime du radius et du cubitus, la mobilité anormale dont ils jouissent à leur extrémité supérieure, changent cette pronation en une véritable torsion de l'avant-bras qui se place presque de champ.

Variété sous-épicondylienne. — La déformation est moins prononcée en dehors ; l'olécrâne est à peu près sur la même ligne que la surface articulaire humérale, peut-être même, la dépasse-t-elle un peu en bas au lieu d'être remontée de deux ou trois centimètres au dessus ; le diamètre transversal est plus considérable au niveau de la ligne des tubérosités ; on sent encore sous la peau l'épitrôchlée, la trochlée, le condyle, mais on ne sent plus l'épicondyle, qui est caché par l'olécrâne, et embrassé par la cavité sygmôïde, au fond de laquelle, on peut même le constater. Le bras mesuré de l'acromion à l'olécrâne, est à

peine raccourci, et enfin, il y a une saillie musculaire très prononcée des muscles qui partent de l'épicondyle, et qui n'existent pas dans la variété sus-épicondylieune. L'attitude est la même dans les deux cas; peut-être même est-elle plus prononcée dans la deuxième variété, parce que les muscles biceps et pronateurs sont plus tirillés; les mouvements communiqués sont peu étendus, peut-être moins encore dans la variété sous-épicondylieune que dans la sus-épicondylieune à cause du moindre délabrement des parties.

Le diagnostic de la luxation en dehors n'est généralement pas difficile; l'état des surfaces osseuses placées immédiatement sous la peau doit suffire à l'observateur. Alors même que le gonflement s'est montré, il est encore possible, en appuyant fortement, de sentir la position des os. D'ailleurs, il ne faut pas oublier l'attitude caractéristique du membre, que nous avons signalée.

Quand la luxation a été réduite de bonne heure, le pronostic n'est pas grave; la réduction n'est généralement pas accompagnée d'accidents. Mais, lorsque la réduction n'a pas été faite, que peut-il arriver? D'abord le membre reste déformé, et tantôt il est ankylosé, comme dans l'observation de M. Nélaton; tantôt il jouit de quelques mouvements limités, comme on le voit dans l'observation de M. Robert; différence qui tient probablement à l'étendue des désordres primitifs.

Le moyen de traitement le plus simple est sans contre-dit, l'extension et la contre-extension directes; toutefois, il est quelques particularités qui facilitent la réduction, et dont nous devons tenir compte. N'oublions pas que l'avant-bras est placé de champ. Une extension faite dans cette position, n'opposerait pas suffisamment les surfaces arti-

culaires les unes aux autres; il faut donc ramener l'avant-bras dans la supination; c'est un premier temps de la réduction, qui est généralement très avantageux. Un deuxième temps consiste à pratiquer l'extension. Elle peut être faite de deux manières: 1° Ou sur l'avant-bras forcément étendu; mais ce procédé ne convient qu'à la luxation sous-épicondylienne, parce que alors, l'olécrâne arc-boute contre la partie postérieure de l'épicondyle, ce qui, combiné avec l'extension, peut remettre les deux surfaces complètement de niveau; 2° ou sur l'avant-bras fléchi; ce cas convient surtout aux luxations sus-épicondyliennes; distinction parfaitement sentie déjà par Hippocrate qui disait, en parlant des luxations latérales, complètes « L'extension faite, le » membre étant en droite ligne, ne convient pas, car dans » ce mode d'extension, l'éminence du cubitus ne peut être » franchie par l'humérus. » (Édition Littré.)

Il est certain que dans ce cas, la cavité sygmoïde du cubitus qui embrasse le bord externe de l'humérus ne pourrait que difficilement être dégagée par une traction directe.

2° Luxations incomplètes en dehors.

Il n'existe qu'un fait bien authentique de ce genre de luxation. C'est une pièce anatomique déposée au musée Dupuytren sous le N° 735, et offerte par M. Poumet, dans laquelle on trouve les rapports suivants entre les os qui composent l'articulation du coude. Les os de l'avant-bras sont portés en masse en dehors. La cavité sygmoïde a quitté la trochlée; elle embrasse maintenant le condyle; le radius porté en dehors déborde le condyle, mais a con-



servé toutefois dans une très petite étendue ses rapports avec le côté externe du condyle.

Il y a bien une seconde observation publiée par M. Triquet dans laquelle nous trouvons cette conclusion : « Il y a » évidemment déplacement de la totalité des deux os de l'avant-bras. La cavité sygmoïde embrasse encore la partie » externe du petit condyle huméral, il y a donc luxation » incomplète en dehors. » Mais tout le reste de l'observation ressemble tellement aux observations de luxation sous-épicondylienne que nous avons signalées, que nous avons dû au moins rester dans le doute sur la véritable nature de la lésion.

Ajoutons cependant une remarque, c'est que les luxations incomplètes doivent être variables suivant que les os de l'avant-bras sont plus ou moins déjetés en dehors. Lorsque le radius est encore fixé au condyle comme dans le cas de M. Poumet, il ne peut pas y avoir de pronation forcée, de torsion de l'avant-bras; mais lorsque le radius est dégagé du condyle, les muscles pronateurs reprennent toute leur action; le cubitus qui embrasse alors le condyle participe à cette action jusqu'à la rencontre de la facette externe de la cavité sygmoïde avec le condyle, et détermine ainsi une torsion de l'avant-bras, et la plupart des symptômes de la variété sous-épicondylienne avec un degré d'exagération et d'évidence moins prononcé.

Peut-être est-ce là le cas de l'observation de M. Triquet.

2° Luxation en dehors avec complication de fracture.

Je présenterai sous ce titre l'observation suivante:

Le nommé Dantessandy, âgé de 28 ans, est entré le

1^{er} mai 1850 à l'hôpital de la Pitié, salle S.-Louis, n° 10, dans le service de M. Michon.

Il a fait une chute sur le coude, le bras dans l'abduction. Plusieurs de ses camarades qui jouaient avec lui sont tombés sur lui et ont augmenté de tout leur poids la force d'impulsion. La douleur a été vive; le coude s'est tuméfié; un médecin appelé quelques instants après, constatant une grande facilité de mouvements, a conclu qu'il n'y avait ni fracture, ni luxation; une vive inflammation s'est déclarée, a tenu le malade six semaines au lit, et a laissé après elle une déformation et une gêne dans les mouvements qui ont déterminé le malade à venir consulter M. Michon.

Voici ce que nous avons pu constater. L'avant-bras est immobile à angle droit, ne pouvant être fléchi, ni étendu; l'avant-bras est légèrement dans la rotation en dedans avec un état de demi-pronation; le malade a conservé la faculté de passer de la demi-pronation à la pronation complète et *vice versa*.

Le coude étant examiné, on remarque: 1^o en dedans une éminence prononcée, saillante sous la peau tendue (trochlée et épitrochlée); au dessous une dépression très profonde. En palpant avec soin, on trouve de dedans en dehors l'épitrochlée, la trochlée et la rainure qui la sépare du condyle; puis une petite saillie anormale; puis l'olécrâne, qui ne fait pas saillie en arrière et se trouve presque de niveau avec le bord articulaire de l'humérus. 2^o en dehors, on trouve une dépression, le long du bord externe de l'humérus, puis une brusque saillie au dessous formée par l'épicondyle en dedans duquel on retrouve, dans leur position normale, le condyle et la tête du radius très recon-

naissables dans le mouvement de demi pronation, que la malade peut exécuter; 3° en arrière, le coude est manifestement *élargi*; la distance entre l'épicondyle et l'olécrâne est *conservée*; celle entre l'épitrochlée est évidemment *augmentée*. L'olécrâne ne fait pas de saillie en arrière, et le bec olécrânien est comme l'axe de l'os un peu tourné en dedans. Une sorte de corde formée par le triceps, est obliquement tendue en bas et en dehors; 4° en avant, le biceps forme également une corde tendue en bas et en dehors.

Voici quelques mesures qui achèveront d'éclairer le diagnostic.

Du sommet de l'acromion au sommet de l'olécrâne du côté sain, 34 cent., du côté malade, 30 1/2.

De l'épitrochlée à l'olécrâne du côté sain, 3, du côté malade 6.

De l'épicondyle à l'épitrochlée, du côté sain, 5 3/4, du côté malade 7 3/4.

De l'épicondyle à l'olécrâne, 6 des deux côtés.

De l'acromion à l'épicondyle, 29 du côté sain, 27 du côté malade.

De l'épitrochlée à l'apophyse styloïde cubitale, 26 du côté sain, et du côté malade 24.

A quelle luxation avons-nous affaire? Évidemment, il y a déplacement du cubitus en dehors; cependant en dehors, les rapports du radius et du condyle sont restés les mêmes. Mais, remarquons que la distance de l'épitrochlée à l'épicondyle s'est élargie; que l'olécrâne, qui a été poussé en dehors de la trochlée, est resté en dedans du condyle; il faut donc nécessairement, qu'il se soit fait une solution de continuité, entre la trochlée et le condyle, et dans

laquelle l'olécrâne est engagé, puisqu'il ne fait pas saillie en arrière.

Le condyle et l'épicondyle ont été détachés entièrement, comme le prouve la dépression que l'on trouve le long du bord externe de l'humérus; dès-lors, le cubitus étant chassé en dehors, poussant devant lui le condyle et l'épicondyle, l'avant-bras a été placé dans les conditions d'une luxation en dehors, dans laquelle le radius et le cubitus, n'étant plus retenus contre l'humérus, cèdent aux muscles pronateurs; de-là, la rotation de l'avant-bras en dehors, et le soulèvement de l'épicondyle, qui est plus rapproché de l'acromion que du côté opposé.

M. Michon jugea qu'une semblable lésion, datant de trois mois et demi, était de celles contre lesquelles on ne doit faire aucune tentative. Le malade sortit au bout de quelques jours.

Ce qui rend cette observation plus curieuse, c'est qu'elle peut être rapprochée d'une pièce anatomique, dont la description donnée par M. Bouisson (*Ann. de la chir. t. 9, 1843*), se rapporte en tout point au diagnostic que nous avons établi.

« L'humérus du côté droit est le siège d'une fracture oblique dirigée de haut en bas, et de dehors en dedans, depuis le niveau de l'épicondyle jusque vers la trochlée; il en résulte un fragment interne continu avec l'humérus, et un fragment externe entièrement détaché de l'os, dont il comprend la petite tête, l'épicondyle et la poulie moyenne de l'articulation. . . . Ce fragment s'articule avec le radius par son bord inférieur; il se trouve écarté de la trochlée humérale par un intervalle, dans lequel est logé l'apo-

physe olécrânienne. . . Il résulte de cette disposition, que l'olécrâne, au lieu de se trouver en arrière de l'humérus, se trouve dans le même plan que lui, dans l'écartement qui résulte de la fracture.»

1° Luxation du coude en dedans.

Les luxations latérales internes sont plus rares que les luxations latérales externes; du moins, on en trouve moins d'exemples.

Je ne connais que trois observations, qui se rapportent positivement à ce genre de luxation; l'une se trouve dans le travail de M. Debruyne, (Annal. de la chirurg.) et les deux autres ont été publiées par M. Triquet. (Loc. cit.)

Ces trois observations sont un peu obscures. Elles ne laissent pas des idées très précises sur la nature de la lésion.

Afin de saisir leur véritable signification, j'ai cru devoir interroger l'anatomie, et faire quelques expériences sur le cadavre: voici les résultats, auxquels je suis arrivé.

Anatomiquement, quelles sont les luxations qui peuvent se produire en dedans? Les os de l'avant-bras étant poussés en dedans, par une pression quelconque, il peut arriver: 1° ou que la cavité sygmoïde ne passe pas toute entière en dedans de la trochlée; 2° ou que la cavité sygmoïde passe seule en dedans de la trochlée; 3° ou que la cavité sygmoïde et le radius passent tous deux en dedans de la trochlée. Mais la première et la dernière de ces hypothèses rencontrent des obstacles qui me semblent devoir s'opposer à leur réalisation. En effet, la forme de la trochlée et de la cavité sygmoïde doivent empêcher un déplacement partiel de l'une sur l'autre, tandis que, pour

que les deux os puissent passer complètement en dedans, il faudrait que le cubitus surmontât l'obstacle que lui opposeront les muscles épitrochléens, et le radius. L'obstacle que lui opposera le bord interne de la trochlée.

Sans nier absolument que ces deux cas puissent se présenter, nous sommes donc fondés à admettre que, le plus ordinairement, le cubitus seul passera en dedans de la trochlée.

Si le radius reste alors appliqué contre la trochlée, nous aurons une luxation incomplète en dedans. Mais, si nous considérons que le radius, arc-boutant ainsi contre la trochlée, doit avoir une très grande tendance à glisser en arrière ou en avant; que la moindre impulsion peut produire ce glissement, et que même sans impulsion, sur le vivant, l'insertion du biceps au radius tend à produire ce déplacement en avant; nous reconnaitrons qu'il peut exister une seconde forme de luxation en dedans, dans laquelle le cubitus passant en dedans de la trochlée, le radius passe en arrière ou ce qui doit arriver bien plus facilement, en avant de cette même trochlée. C'est là une luxation complète, puisque les surfaces se sont complètement abandonnées, et une luxation en dedans, puisque la cavité sygmoïde embrasse l'épitrochlée entre ses deux apophyses,

Ces considérations anatomiques nous conduisent donc à concevoir l'existence de luxations incomplètes en dedans et de luxations complètes, formant deux variétés que l'on peut appeler *radio-antérieure* et *radio-postérieure*.

Voyons maintenant à quoi nous conduiront les expériences cadavériques.

Expérience 1. — Je fixe fortement le bras d'un enfant

de 15 ans dans un étau, le bord interne tourné en bas, en appuyant alors avec ménagement sur la partie supérieure de l'avant-bras, je détermine une flexion latérale interne; un craquement se fait entendre, et le cubitus cède. En examinant la pièce, je constate alors qu'il n'y a pas de raccourcissement du membre; celui-ci est en demi-flexion et sans pronation. En arrière l'olécrâne est porté en dehors derrière l'épitrôchlée, et à peu près à son niveau; la cavité olécrânienne est vide, et au dessous, on sent la tête radiale qui, dans le mouvement de pronation, roule sous la trochlée; en dehors on sent l'épicondyle et le condyle saillant sous la peau. En avant on sent profondément un vide au dessous de l'extrémité inférieure de l'humérus, et tout-à-fait en dehors à un centimètre au dessous de l'épitrôchlée, on retrouve l'apophyse coronoïde, et le bord interne du cubitus à peu près de niveau avec l'épitrôchlée.

Une torsion d'une force médiocre détermine facilement le passage de la tête radiale en avant ou en arrière; dans les deux cas le bras est raccourci; le diamètre antéro-postérieur augmente, l'olécrâne et l'apophyse coronoïde remontées et embrassent absolument l'épitrôchlée; seulement, lorsque le radius est en arrière, on sent sa tête sous la peau au niveau de la cavité olécrânienne et l'avant-bras offre une sorte de torsion en dehors. Lorsque la tête est en avant, on la sent profondément en avant, sous les muscles de la région, et on trouve un vide en arrière, la torsion de l'avant-bras est en dedans et la pronation est très prononcée.

Expérience 2. — Un autre bras étant fixé dans la même position, j'appuie de tout le poids de mon corps sur l'avant-bras, et j'obtiens ainsi immédiatement la luxation en dedans, le radius étant porté en avant. Quelque effort

que j'aie fait, je n'ai jamais pu obtenir le passage simultané du cubitus et du radius en dedans de la trochlée.

Les expériences confirment donc les conséquences de l'anatomie. Nous pouvons passer maintenant à l'étude des observations, et voir jusqu'à quel point elles contredisent ou contrôlent les idées que nous venons d'émettre.

Les observations sont au nombre de trois; pour fixer les idées, je vais rapporter celle qui me paraît la plus importante.

Le 10 mai 1848, est entrée à la clinique de la Charité la nommée Guyot Alexandrine, âgée de 22 ans; elle vient d'être renversée sur le pavé par une voiture. A son entrée à l'hôpital, la malade donne les détails suivants: elle est tombée sur la main, le bras étendu; la roue de la voiture a passé obliquement de dehors en dedans, et d'arrière en avant, sur le côté externe du coude, immédiatement au dessous de l'articulation. La souillure de ses vêtements par la boue et une ecchymose commençante confirment tout cela. La main et l'avant-bras droits sont demi fléchis, dans une pronation exagérée, et forment avec l'humérus un angle obtus, dont le sommet répond à l'épitrachée. L'avant-bras ou, pour mieux dire, le cubitus semble avoir éprouvé un mouvement de torsion. Quelques légers mouvements d'extension et de flexion sont encore possibles, mais très douloureux; le diamètre transversal du coude est augmenté de 5 à 6 millimètres. En dedans, sur le même plan que l'épitrachée, et sous les muscles de cette région, on trouve une première saillie dure, anguleuse, qui se continue évidemment avec le cubitus. Au dessus de l'épitrachée, on constate une seconde saillie anormale, qui repose sur le bord interne de l'humérus. Lorsqu'on imprim

quelques mouvements au cubitus, ces mouvements sont transmis aux deux saillies anormales que je viens de décrire; elles appartiennent donc à l'extrémité supérieure du cubitus. En dehors l'épicondyle soulève la peau, et au dessous se dessine le condyle huméral, qui n'est plus emboîté par la capsule du radius. En avant au milieu du pli du bras et profondément située sous les muscles ronds pronateurs et fléchisseurs sublimes, on sent la tête du radius, etc.; la réduction s'obtient facilement. Le chirurgien eut soin de ramener d'abord le bras dans la supination. . . (Observ. de M. Triquet.)

L'observation de M. Debruyne offre beaucoup d'analogie avec celle-ci; la pronation forcée, la saillie de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde au dessus et au dessous de la trochlée qui est effacée; la présence de la tête du radius dans le milieu du pli du coude, y sont également notées. Il suffit de rapprocher *ces observations* des résultats que j'ai obtenus sur le cadavre, pour voir qu'elles rentrent dans cette forme de luxations complètes en dedans, que j'ai désignée sous le nom de *radio-antérieure*.

Est-ce à dire que c'est la seule qui existe sur le vivant, et que la présence du biceps déterminera toujours le passage du radius en avant? Cela est possible.

La deuxième observation de M. Triquet m'avait un moment donné à penser qu'elle pouvait se rapporter à la luxation incomplète, dans laquelle la tête du radius reste sous la trochlée; mais la brièveté des détails et l'obscurité laissée sur certains points ne m'ont pas permis d'asseoir mon jugement à ce sujet.

En résumé, nous concevons qu'il peut exister trois sor-

tes de luxations en dedans, une incomplète et deux variétés de luxations complètes; mais par le fait nous n'admettons comme démontrée que la luxation dans laquelle le cubitus quitte la trochlée, et embrasse l'épitrochlée, tandis que le radius passe en avant de la surface articulaire humérale.

Nous ne reviendrons pas sur le mécanisme de cette espèce de luxation. Nous dirons seulement que l'observation que nous avons rapportée offre un très bel exemple de flexion latérale externe avec impulsion en dedans, tandis que dans mes expériences, la luxation a été produite par la flexion latérale interne.

Les symptômes ont été suffisamment énumérés à la suite de mes expériences, et dans les observations rapportées plus haut.

Quant au traitement, il faut avoir soin de ne pas faire l'extension après avoir ramené brusquement le bras dans l'extension, la cavité sygmoïde embrassant l'épitrochlée pourrait dans cette position opposer un obstacle. L'extension faite, le bras étant dans la flexion et l'avant-bras ramené en supination est le traitement le plus convenable.

Que l'on rapproche maintenant par la pensée les descriptions que je viens de donner des luxations latérales du coude, de celles qui jusqu'à ces derniers temps avaient cours dans la science. Au lieu de ces délabrements énormes, de ce chevauchement de l'avant-bras sur le bras, de ce double coup de hache en sens inverse dont il était toujours question, que trouvons-nous ? Des formes beaucoup plus simples, des symptômes beaucoup moins graves, surtout beaucoup moins imaginaires, et que la physiologie

de l'articulation et des muscles environnants aurait pu faire soupçonner si on avait daigné la consulter.

Dans les luxations externes ou internes complètes, nous avons en effet constamment retrouvé une attitude caractéristique, la pronation forcée, la torsion de l'avant-bras en dedans, ce qui est dû à la position constante que prend la tête du radius attirée en avant par les muscles auxquels elle donne insertion, et dans les cas ordinaires un chevauchement peu marqué et une augmentation de diamètre transverse peu considérable, ce qui tient à une double cause : d'abord au passage de la tête du radius en avant de l'articulation et en second lieu à la résistance que la cavité sigmoïde trouve en dedans et en dehors contre les faisceaux musculaires qui s'insèrent aux deux tubérosités humérales.

Pemphigus chez un nouveau né, maladie du fœtus liée à la syphilis; antécédents syphilitiques chez la mère et le père ;

Par M. Desruelles, interne des hôpitaux.

B. M., âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, entre le 9 juillet 1851 à l'hôpital St-Louis (serv. de M. Dénouvilliers), pour accoucher. Régée à 17 ans, elle l'a toujours été peu abondamment et d'une manière assez irrégulière. En 1847, après avoir eu une seule fois des rapports sexuels avec un homme, elle vit paraître aux parties génitales des boutons qui sécrétaient une humeur abondante, causaient du prurit et s'accompagnaient de difficulté pour uriner. Ces boutons augmentèrent peu à peu de nombre et occupèrent la partie supérieure et interne de la cuisse

droite. Elle apprit alors d'une manière positive que son amant était malade depuis 2 à 3 ans et avait communiqué l'affection syphilitique à d'autres femmes. La maladie qui a persisté chez la malade, pendant plus d'un an, a laissé dans la région atteinte des cicatrices évidentes ; son augmentation de gravité fut telle en 1847 que B.. ne pouvait ni marcher ni travailler, elle entra alors à l'Hôtel-Dieu et fut traitée par la salsepareille, les pilules de proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium. Incomplètement guérie, elle sortit sur sa demande de l'Hôtel-Dieu et rentra bientôt à l'hôpital de Lourcin où elle fut soumise de nouveau, pendant trois mois au traitement par les pilules de proto-iodure de mercure, de plus, des cautérisations furent faites sur les parties génitales. Quand B.. quitta l'hôpital, les organes génitaux externes étaient complètement guéris, mais il existait encore à la partie supérieure et interne de la cuisse droite un large bouton qui sécrétait un liquide abondant et gênait beaucoup dans la marche ; la guérison fut obtenue par des pilules, de la salsepareille et plusieurs cautérisations.

B.. est actuellement enceinte pour la troisième fois et se croit à peu près à terme ; la première fois elle accoucha à huit mois de grossesse, d'un enfant qui mourut, dit-elle, au passage. Nous ne pouvons savoir si le corps de cet enfant a présenté rien de particulier. A l'époque du commencement de la première gestation, B.. avait des rapports sexuels avec un homme autre que celui qu'elle savait malade. Vers la fin de 1849 B.. se maria, et depuis lors sa conduite a été réglée. Le 5 juillet 1850 elle accoucha, pour la deuxième fois, d'un enfant mort ; elle avait cessé, dit-elle, de sentir les mouvements déjà huit jours avant l'accou-

chement ; l'épiderme du cadavre de l'enfant s'enlevait facilement au moment où il fut expulsé hors des voies génitales. Après son accouchement elle prit un nourrisson qu'elle allaïta pendant 4 mois, ayant été obligée de cesser la lactation à cause d'une nouvelle grossesse commençante. Le 8 juillet 1854 ayant éprouvé quelques douleurs pour accoucher, elle entra le 9 à l'hôpital St Louis. Pendant deux jours elle continua à éprouver des douleurs sourdes, rares, localisées exclusivement dans les lombes. Les mouvements de l'enfant avaient cessé de se faire sentir depuis le 8. On administre un bain et un lavement émollient. Le 12, saignée générale peu abondante ; les mouvements de l'enfant sont de nouveau perçus. Le 13, vers 2 heures de l'après midi les douleurs deviennent fortes ; à 9 heures du soir la poche des eaux se rompt et l'accouchement s'opère naturellement à 10 heures du soir. L'enfant était mort au moment de l'accouchement. Le délivre fut expulsé presque immédiatement après sans qu'il fût nécessaire d'exercer aucune traction. Une hémorrhagie utérine, survenue après l'accouchement, fut arrêtée au moyen d'une prise de seigle ergoté. Pendant deux jours B. éprouva des tranchées violentes, les parties génitales furent infiltrées.

Autopsie de l'enfant : L'enfant est à terme : Il a des cheveux abondants, des ongles aux pieds et aux mains. Sa longueur totale est de 0^m,46, on trouve la même mesure du sommet à l'ombilic et de l'ombilic à la pointe du gros orteil. Les diamètres de la tête sont les suivants :

Diam. occipito-mentonnier	0, = 13.
» occipito-frontal	0, = 10.

Diam. transversal bipariétal	0, = 093.
" " bitemporal	0, = 075.
Diam. d'une épaule à l'autre	0, = 125.
" d'une crête iliaque à l'autre	0, = 08.

Les extrémités ne présentent que 5 bulles de pemphigus; une bulle très large avec érosion à la face plantaire et au bord externe du pied droit au dessous du petit orteil; une bulle de petite dimension au talon du même pied; à la face antérieure et au tiers supérieur de la jambe droite existe une papule contenant de la sérosité; enfin une bulle très manifeste se rencontre à la face inférieure du talon du pied gauche. A la face palmaire et à la base du pouce de la main droite existe une vésicule qui paraît contenir de la sérosité. La surface du tronc ne présente aucune trace d'éruption, il en est de même des organes génitaux externes du sexe masculin.

L'abdomen volumineux, un verre environ d'un liquide citrin limpide mêlé d'un peu de sang.

Le foie est volumineux : largeur 0^m, 5, épaisseur, 0,08. Il a une teinte jaune manifeste, plus foncée que celle de la cirrhose; au niveau du bord inférieur et à sa face postérieure il est un peu rouge, il est mou, élastique, comme spongieux, facile à déchirer et à couper par tranches; son parenchyme, jaunâtre également, semble parcouru par des lignes blanchâtres qui se dirigent en divers sens.

La rate était volumineuse : hauteur 0, = 11; largeur 0, = 05. Le canal intestinal était revenu sur lui-même; les reins étaient sains.

Le thymus, d'une couleur rosée, contenait à droite un

liquide comme purulent infiltré. Le cœur était volumineux, les poumons très petits et sains.

Rapport de M. LEBERT sur l'observation précédente.

Sur le cadavre de l'enfant, dont la maladie fait le sujet du travail de M. Desruelles, nous avons constaté l'altération remarquable du foie, décrite pour la première fois, par notre savant collègue M. Gubler; elle consiste en une augmentation notable de volume du foie, son tissu offre une mollesse élastique, et est parsemé de taches diffuses, nombreuses, d'un gris pâle, avec développement d'une quantité considérable de tissu fibro-plastique. De plus, nous avons trouvé dans ce cas les cellules à noyau du foie plus ou moins infiltrées de matière colorante de la bile. Ces lésions caractéristiques ne sauraient être confondues avec aucune autre altération du foie, et ne peuvent point être rapportées à la cirrhose.

Dans ce cas, les poumons étaient sains. Le thymus était infiltré d'un liquide puriforme, qui ne présentait à l'examen microscopique que les caractères du suc que contient normalement cette glande, et tenant en suspension un grand nombre de cellules épithéliales.

Le travail de M. Desruelles, le fait du pemphygus d'un nouveau-né issu de parents syphilitiques, et présentant à l'autopsie une lésion du foie, du thymus, nous a conduit à étudier, au point de vue de l'étiologie, plusieurs points récemment contestés des manifestations anatomiques de la syphilis chez l'enfant nouveau-né. Je n'hésite pas, après cette étude, à rapporter comme M. Desruelles, les altérations qu'il décrit à la syphilis, adoptant les opinions émises par M. Dubois et notre collègue M. Depaul, sur la nature

syphilitique du pemphigus, des abcès du thymus, et des lésions pulmonaires qu'on rencontre chez l'enfant nouveau-né. Une opinion aussi nettement formulée a besoin de preuves; nous allons exposer les raisons qui nous ont conduit à l'adopter. Nous allons d'abord donner un résumé des travaux publiés sur ce sujet.

Dugès, dans sa thèse inaugurale sur quelques maladies des enfants nouveau-nés (Paris, 1821, n° 64) insiste longuement sur la nature syphilitique du pemphigus, malheureusement il n'apporte aucune preuve de la vérité de son assertion.

En 1834, Krauss publia une thèse intéressante sur le pemphigus des nouveau-nés (*De pemphigo neonatorum. Dis. inaug.* Bonnæ, 1834). Ce travail contient un historique complet de la question qui nous occupe, aussi la plupart des auteurs lui ont-ils largement emprunté, souvent même sans citer la source à laquelle ils avaient puisé. Dans la savante compilation de Kraetzer sur les maladies du fœtus (Breslau, 1837, en allemand), le chapitre qui traite du pemphigus n'est presque que la reproduction de la partie historique de la thèse de Krauss. Il cite les auteurs suivants comme ayant rapporté des observations de pemphigus chez les nouveau-nés : Ledelius, Oehme, Oslander, Conspruch, Carus, Elias de Siebold, Édouard de Siebold, Beer, Ring, Stockes, Willan, Stein, Schmidt, Lobstein, Hinze, Merrem, Busch, Sachse, Billiard, Schütz, Joerg et Meissner. Ces auteurs n'ont pas distingué d'une manière suffisante le pemphigus du nouveau né de celui qui se développe quelque temps après la naissance ou même le pemphigus d'un grand nombre d'autres affections bulleuses ou pustuleuses. Suivant l'auteur, Wichmann,

Jahn, Wolf, Fichtmayer et Sachse auraient rapporté la cause de cette éruption à la syphilis; Litzman et Carus au contraire n'admettaient l'origine syphilitique que dans un certain nombre de pemphigus. Graetzer rapporte enfin une observation qu'il a recueillie lui-même. Une femme de 21 ans, ayant présenté quinze mois avant son accouchement un ulcère à bords saillants aux grandes lèvres et plus tard des ulcères dans le vagin, accoucha d'un enfant chétif couvert de croûtes et de bulles, qui mourut le lendemain de sa naissance et présenta entre autres lésions une augmentation remarquable du volume du foie.

Peu d'années après, en 1837, M. Depaul montra à la Société anatomique les poumons d'un enfant né de parents syphilitiques, présentant des lésions particulières, qu'il rapporta d'abord à des tubercules ramollis (Bull. Soc. anat. 12^e année, p. 273). (1)

M. Cruveilhier dans la première partie de la 15^e livraison de son Atlas d'anatomie pathologique du corps humain, traitant des maladies du poumon, du thymus et du panchréas chez le fœtus, rapporte plusieurs observations intéressantes. Dans la 5^e observation de la première série, il parle d'un enfant né d'une mère ayant éprouvé des acci-

(1) M. Depaul, *loc. cit.*, p. 277, quoique attribuant la lésion pulmonaire à une affection tuberculeuse, admet formellement la nature syphilitique. « Quant à la cause de cette altération, je pense qu'on doit la chercher dans l'affection syphilitique dont cette femme portait les traces aux parties génitales. » (Note du rédacteur.)

En 1857, M. Cazeaux a montré à la Société anatomique un pemphigus sur un nouveau-né issu d'une mère n'offrant aucun signe de syphilis. Néanmoins M. Cazeaux regarde comme syphilitique l'affection cutanée de l'enfant et se demande si la syphilis n'aurait pas pu être communiquée au germe sans attaquer la mère. Bullet. 1857, p. 401. (Note du rédacteur.)

dents syphilitiques, qui mourut une heure après sa naissance. A l'autopsie on constata l'existence d'un anasarque avec ascite, hydropéricarde, purpura, puis une teinte vert-olive du foie. Un autre enfant (7^e observ., II^e série) qui présentait au moment de la naissance des phlyctènes aux pieds, aux mains et à la paupière supérieure, offrait à l'autopsie quelques lobules pulmonaires imperméables à l'air. Ailleurs (Ibid., p. 6), M. Cruveilhier émet l'opinion qu'un grand nombre d'enfants qui avaient au moment de la naissance de ces éruptions cutanées, sont morts de pneumonie ou au moins d'une lésion du poumon. A l'appui de cette opinion, l'auteur nommé plus haut cite deux faits de pustules syphilitiques sur des enfants nés d'une mère infectée du virus vénérien.

Aucun nouveau travail ne fixa sur la syphilis congénitale l'attention des médecins jusqu'en 1847 ; cependant deux des accoucheurs français les plus distingués, MM. P. Dubois et Stolz, s'appuyant sur un grand nombre de faits, proclamèrent hautement la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés. C'est un élève de M. Stolz, M. Herth, qui publia dans sa thèse inaugurale (Sur le pemphigus des nouveau-nés, Thèse, Strasbourg, 1847, 2^e série, n° 189) les idées de son maître. Dans ce travail, M. Herth nous apprend que dans 30 cas de pemphigus des nouveau-nés, M. Stolz a pu tracer des antécédents syphilitiques chez les parents ; lui-même il nous donne 12 observations de cette maladie. Nous allons en donner un court résumé.

1^{re} observation. — Mère, femme publique, n'offrant pas de signes manifestes de syphilis, atteinte d'une extinction de voix et d'éruption cutanée ; l'enfant porte des bulles du pemphigus au moment de la naissance, il succombe et présente à l'autopsie un foie volumineux.

2^e observation. — Excoriation ancienne à la vulve chez la mère. Pustules pemphygoides sur l'enfant qui meurt 28 heures après la naissance.

3^e observation. — Chez la mère, cicatrices du vagin, plaques cuivrées aux fesses et autour du bassin ; l'enfant atteint de pemphigus est traité par le calomel, et sort guéri de l'hôpital au bout de six semaines.

4^e Observation. — La mère sortait du service des vénériens où elle avait été traitée pour des chancres ; l'enfant était chétif et couvert de pustules, il meurt le lendemain.

5^e Observation. — La mère présentait une éruption cutanée et des plaques muqueuses récemment guéries sur les grandes lèvres ; l'enfant chétif meurt peu de temps après la naissance ; il n'offrait qu'une seule bulle pemphygolde.

6^e Observation. — Une femme sortant du service des vénériens portant encore des syphilides et des plaques muqueuse à l'anus donne naissance à un enfant faible couvert de pemphigus et qui succombe presque immédiatement.

7^e Observation. — Un enfant atteint de pemphigus meurt presque à la naissance ; il était né d'une mère qui ne présentait pas de traces de syphilis.

8^e Observation. — Pas d'antécédent syphilitique manifeste chez la mère. L'enfant faible portant du pemphigus meurt le troisième jour et présente à l'autopsie une hépatisation rouge disséminée dans les poumons et un foie volumineux.

9^e Observation. — Absence de syphilis chez la mère. chez l'enfant mort trois quarts d'heure après la naissance,

uniquement quelques soulèvements de l'épiderme par une sérosité rougeâtre.

10^e Observation. — Même absence de signes de syphilis chez la mère. L'enfant, mort fort peu de temps après la naissance, présentait du pemphigus et une ascite.

11^e Observation. — Pas de symptômes syphilitiques actuels chez la mère, qui accouche d'un enfant présentant 2 pustules pemphigoides et qui meurt presque immédiatement. En ouvrant son cadavre, on trouve dans le poumon des hépatisations disséminées, par places, elles renferment un pus lié et verdâtre. Le foie était très volumineux ainsi que la rate qui était ramollie.

12^e Observation. — Un enfant né de père et mère syphilitiques est atteint le 6^e jour de la vie extra-utérine de gonflement du prépuce, le 15^e jour d'un pemphigus et d'ulcérations de la gorge. Le traitement par le calomel dès le début des accidents amène la guérison du malade.

Sur ces 12 observations, on voit tout d'abord que 10 enfants ont succombé au moment de la naissance ou peu de temps après, deux seulement ont vécu.

Relativement à l'étiologie, nous trouvons des antécédents syphilitiques chez les parents six fois sur douze ; (Obs. 2, 3, 4, 5, 6, 12), dans une septième observation la syphilis n'est pas démontrée chez la mère (Obs. 7), enfin 5 fois (Obs. 7, 8, 9, 10, 11, nous constatons l'absence des antécédents syphilitiques avoués du moins ; car ces accidents ont pu être cachés par les parents, ou bien encore le père peut avoir donné seul le germe de la syphilis.

Nous ajouterons enfin que l'auteur de cette thèse intéressante, quoiqu'il n'ait pas insisté spécialement sur les

altérations viscérales, en mentionne des exemples ; ainsi il est question trois fois de lésions des voies respiratoires (Obs. 4, 8, 12), trois fois d'un développement considérable du foie (Obs. 1, 8, 11), enfin une seule fois d'ascite (Obs. 10).

Nous avons plusieurs fois parlé des altérations du foie, c'est en 1849 que notre collègue M. Gubler (Bull. Soc. anat. 1849 p. 67) indiqua d'abord devant la Société anatomique les caractères de l'altération particulière du foie observée par lui chez des enfants nés de parents syphilitiques.

L'année suivante M. le professeur P. Dubois publiait (Gaz. méd. 25 mai 1850, p. 392, 95) un mémoire ayant pour titre : *Du diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes possibles de la mort du fœtus*. Dans ce travail remarquable, M. P. Dubois indique la fréquence de la supuration du thymus chez les enfants nés de parents syphilitiques, lésion qui ne se rencontrait pas chez les fœtus issus de parents sains, et qu'il ne faut pas confondre avec le liquide normalement contenu dans le thymus et que M. Dubois distingue avec soin.

Au commencement de cette année M. Depaul présente à l'Académie de médecine et à la Société de Biologie un mémoire sur une altération particulière des poumons des nouveau-nés atteints de syphilis congéniale ; c'est ce travail et le rapport de M. Cazeaux devant l'Académie de médecine qui devinrent l'objet d'une longue et savante discussion. La lésion étudiée par M. Depaul débute par une inflammation lobulaire du poumon, donnant lieu à la formation de pus épanché ou bien collectionné ; on rencontrait cette altération chez des enfants morts-nés ou morts peu de temps après la naissance qui présentaient en même temps

du pemphygus ou des abcès du thymus. En recherchant avec soin quel était dans ces cas l'état de santé antérieur des parents, M. Depaul a constaté presque constamment, dans 20 cas la présence d'antécédents syphilitiques, enfin nous ajouterons ici que dans la discussion de l'Académie de médecine, personne n'a mentionné l'existence de lésions pulmonaires semblables chez des enfants issus de parents sains.

Depuis la discussion académique des faits nouveaux sont venus successivement déposer en faveur de l'opinion de notre collègue M. Depaul. Dans la Gazette des hôpitaux du 17 juillet 1851, M. Desruelles a publié une observation qui portait le titre suivant : Pemphygus chez un nouveau-né; mère sans symptômes de syphilis ; soupçons du côté du père ; abcès dans les poumons et dans le thymus. Enfin dans le n° du 26 juillet 1851 de la Gazette médicale nous trouvons une observation publiée par M. Depaul. Une femme présentant des lésions syphilitiques accouche d'un enfant faible. Le deuxième jour de la vie extra-utérine apparaissent chez l'enfant un eczéma et des plaques muqueuses aux parties génitales. Sous l'influence d'un traitement mercuriel, la santé de l'enfant s'améliore, mais vers la fin de la troisième semaine, il se manifeste des signes d'une inflammation pulmonaire qui causent rapidement la mort. A l'autopsie, on trouve dans la plèvre des fausses membranes et dans le poumon plusieurs noyaux indurés dont l'un contenait du pus.

L'étude des faits divers que nous venons d'étudier nous autorise à reconnaître comme lésions syphilitiques le pemphygus, les abcès du thymus, les infiltrations po-

ruentes des poumons, l'engorgement fibro-plastique du foie.

Discussion. — *M. Deville*. Je crois que dans ce cas, il y a eu erreur au point de vue du diagnostic. Cet enfant est parfaitement constitué, son embonpoint est celui d'un enfant nouveau-né ordinaire. La syphilis héréditaire est loin d'être un sujet bien connu et surtout bien déterminé ; elle ne se montre en général que six semaines après la naissance, c'est-à-dire après un espace de temps égal à celui qui est nécessaire chez l'adulte pour l'apparition des accidents constitutionnels. Je ne connais aujourd'hui que 4 cas de syphilis héréditaire manifestée au moment de la naissance, on en a cité un cinquième que j'ai publié ; mais je dois dire que ce fait n'est pas pour moi-même un cas manifeste de syphilis héréditaire. Dans l'infection héréditaire, constitutionnelle de l'enfant, deux lésions existent presque constamment comme signes ; la plaque muqueuse au périnée ou le coryza. *M. Depaul* enfin s'appuyant sur l'opinion émise par *M. Dubois* a présenté une lésion particulière du poumon comme une autre manifestation de la syphilis héréditaire. Pour moi, au moins les 3/4 des enfants de *MM. Dubois* et *Depaul* n'étaient pas syphilitiques ; les enfants dont ils citent les observations sont souvent bien conservés, ont un embonpoint normal, tandis que les enfants-nés de parents syphilitiques avec les signes irrécusables d'une syphilis héréditaire sont maigres et pour ainsi dire vieillis avant l'âge. Pour moi donc, je regrette l'opinion émise, attendu : 1° que les lésions de la syphilis congénitale que je rencontre dans ces cas ne coïncident

pas avec des lésions irrécusables; 2° à cause également de l'intégrité de la nutrition des enfants nouveau-nés.

M. Depaul dans la séance suivante s'exprime ainsi : Dans la séance précédente à laquelle je n'assistais pas, M. Deville a tranché plusieurs questions de syphilis congénitale. Depuis la présentation de mon mémoire sur l'altération des poumons dans la syphilis congénitale, les discussions de l'Académie, des journaux et surtout plusieurs faits nouveaux m'ont confirmé dans l'opinion que j'avais émise. Il sera toujours facile de se refuser à admettre ce que je crois être la vérité en opposant un doute et une incertitude systématiques; avec ce système j'entreprendrais de combattre toutes les vérités admises en médecine. Quand il est démontré qu'un phénomène se produit toujours dans certaines circonstances, sous l'influence de certaines causes, n'est-on pas autorisé à remonter de l'effet à la cause et d'établir un rapport entre ces deux ordres de phénomènes? Un des arguments émis par M. Deville, c'est qu'il ne connaît que quatre cas de syphilis congénitale manifestés au moment de la naissance; ces cas sont cependant plus nombreux et M. Deville en aurait pu trouver d'autres dans la science; du reste cela importe peu à la question dont je m'occupe, la lésion que je signale ne pouvait entrer dans ce calcul de fréquence de la syphilis congénitale au moment de la naissance, puisqu'elle n'était pas rapportée à cette cause avant mes recherches. Un autre argument que je ne comprends pas, est celui-ci : la vérole chez les enfants n'apparaît que cinq à six semaines après la naissance. Sur quoi s'appuie-t-on? On n'a pas le droit de conclure de ce qui a lieu chez l'adulte à ce qui a lieu chez l'enfant; d'ailleurs les conditions sont très différentes,

Dans mon travail j'ai rendu pleine justice aux découvertes de M. Ricord sur la syphilis des adultes, mais j'ai écrit, et je le répète ici, que M. Ricord n'a pas étudié pratiquement, et n'a pas pu le faire, la syphilis des nouveau-nés. Pendant quelques années le service de l'hôpital du Midi, que dirige ce chirurgien, comprenait simultanément des hommes, des femmes et des enfants ; parmi les femmes, plus de la moitié n'étaient pas atteintes de syphilis, car il faut faire la part des vaginites, des affections de l'utérus, etc. M. Gueneau de Mussy, qui a dirigé un service de Lourcine, partage cette opinion. L'autre moitié des femmes ne sont pas dans des conditions favorables pour procréer des enfants atteints de syphilis congénitale ; pour que cela ait lieu, il faut que le père ou la mère offre une syphilis constitutionnelle ; or la plupart des femmes qui étaient traitées au Midi, comme celles qui le sont encore à Lourcine, ont uniquement des accidents primitifs. D'ailleurs, dans ce dernier établissement le nombre des accouchements est assez limité ; il n'y en a eu que 180 dans l'espace de cinq années. C'est à la Maternité, à la Clinique qu'on rencontre le plus grand nombre de cas de syphilis congénitale. La syphilis constitutionnelle peut exister chez la mère sans se manifester actuellement par aucune lésion extérieure, et cependant les femmes sont alors dans les conditions pour mettre au monde des enfants syphilitiques. M. Deville a tiré cette conclusion des arguments que je viens de combattre, c'est, que la question ne pouvait être jugée actuellement ; cependant cette question est loin d'être neuve pour la Société anatomique. En 1847 (V. le Bullet. de la Soc. anat., 1837, vol. XII, pp. 277, 324) je mettais sous ses yeux des altérations des poumons trouvés sur des enfants nés

sous lequel je l'ai décrite dans mon travail : j'ai décrit à la Clinique. À propos de la première pièce que je présentais, j'émis l'opinion que la lésion pulmonaire était de nature tuberculeuse, rappelant que Baron, Billard et Husson en avaient cité des exemples chez l'enfant nouveau-né; MM. Cruveilhier et Baron contestèrent l'analogie de cette lésion avec les tubercules ou des abcès simples. Plus tard ayant rencontré cette même lésion toujours chez des enfants nés de mères syphilitiques, je conclus à la nature syphilitique de la lésion. Pendant 14 ans, tant à la Maternité qu'à la Clinique, dans d'autres hôpitaux et dans la pratique de la ville, j'ai rencontré des faits confirmatifs de mon opinion. J'ai cité dans mon travail 19 faits qui m'appartiennent. Une thèse soutenue en 1837 à Strasbourg, sous la présidence de M. Stolz, contient 30 faits dans lesquels on observe du pemphigus, des abcès dans le thymus, une lésion toujours identique des poumons chez des enfants nés de parents syphilitiques. M. Ricord admet le pemphigus syphilitique chez l'adulte, et cela comme il l'a dit à l'Académie, sur l'autorité de deux faits dont l'un a été publié dans les Archiv. gén. de Méd., par M. Leudet (1849); je ne conteste pas cette opinion; seulement je fais remarquer qu'au lieu de 2 faits pour soutenir mon opinion, j'en apporte 19. Mais M. Ricord ajoute que si on lui présentait les lésions pulmonaires avec d'autres manifestement syphilitiques, le doute disparaîtrait. J'ai publié récemment la relation d'un fait qui répond à cette objection (Gaz. méd., juillet 1851). Dans la discussion académique comme dans la plupart des journaux, on m'a fait donner à cette lésion le nom d'abcès pulmonaires. Ce n'est pas là le nom

cette lésion comme une manifestation spéciale de la syphilis dans les poumons..

Ostéomalacie,

Par M. A. BUISSON.

Le cadavre d'une femme de 38 ans environ, m'échut au mois de février 1851, pour servir aux études anatomiques à l'école pratique de la faculté. C'était un sujet de taille moyenne; la tête était recouverte de cheveux châtains, la peau était blanche et fine, la face un peu violacée, les membres infiltrés de sérosité, sans aucune apparence de déformation, excepté au coude gauche, l'avant-bras était en effet maintenu fléchi à angle droit sur le bras par suite d'une ankylose du coude. La conformation du thorax est remarquable, en avant il offre une brièveté marquée, sa hauteur ne dépassant pas un décimètre; à sa partie supérieure le sternum est déprimé, tandis qu'en bas il s'évase considérablement. La clavicule gauche présentait à sa partie moyenne une saillie angulaire, constituée par un cal volumineux, et soulevant la peau. A la partie postérieure du thorax, existait une exagération considérable de la convexité normale du rachis. Un élève en passant près de la table, sur laquelle était placé ce cadavre, heurta un des membres inférieurs, et occasionna une fracture du fémur et du tibia droits. Cette circonstance m'engagea à étudier avec soin le système osseux de ce sujet, sur lequel je n'ai pu recueillir aucun renseignement.

Le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré de sérosité, surtout aux membres inférieurs, les veines superficielles gorgées de sang; les muscles mous et légèrement décolorés ne présentaient, même au coude gauche, rien qui pût rendre compte de l'ankylose. Le tissu fibreux, les branches et les ramifications nerveuses étaient comme à l'état normal.

On constata dans la cavité crânienne, un épanchement plus que normal de sérosité sous-arachnoïdienne, avec distension des veines de la pie-mère; augmentation de quantité de la sérosité intra-ventriculaire. Vers la partie moyenne de l'hémisphère droit du cerveau, et dans l'épaisseur de la substance blanche, existaient deux petites cavités irrégulières, pouvant contenir une grosse lentille, vides; leurs parois, d'une couleur grise-jaunâtre, tranchant sur la coloration générale du cerveau, étaient un peu molles. Le parenchyme cérébral était un peu mou dans toute son étendue, mais nous devons faire remarquer que la mort datait déjà de plusieurs jours.

Les enveloppes de la moelle offraient une congestion marquée des éléments vasculaires; la moelle elle-même au niveau de la neuvième vertèbre dorsale était ramollie, réduite à une substance glaireuse; le corps de cette vertèbre presque entièrement détruit faisait communiquer la cavité rachidienne avec la cavité thoracique.

Le cœur assez volumineux renfermait dans les cavités droites, des caillots de sang mou; les cavités gauches, au contraire, ainsi que le système artériel, étaient vides de sang. Le péricarde était sain; l'endocarde un peu épaissi au niveau des valvule mitrales, était dans le ventricule

gauche d'une couleur un peu blafardé; le tissu musculaire paraissait mince et mou dans le ventricule gauche, plus épais, au contraire, dans le droit.

Les poumons libres d'adhérences étaient sains; le tube digestif, le foie, la rate et les reins ne présentaient rien d'anormal.

L'utérus était petit, le col celui d'une femme n'ayant point eu d'enfants; sur la trompe droite, existaient trois petits kystes du volume d'un pois, contenant une matière offrant les caractères des mélicéris; un autre plus volumineux, de la grosseur d'une noisette, se rencontrait près de l'extrémité libre de la trompe gauche.

Examen du squelette. Le périoste épais, peu adhérent, s'enlevait facilement sans se rompre, en larges lambeaux.

Les os du crâne étaient peu ramollis, si ce n'est l'apophyse basilaire qui offrait une résistance peu considérable et se laissait facilement écraser sous la simple pression des doigts. Les os de la face sont proportionnellement moins mous que les autres parties du squelette.

Rachis. Les vertèbres cervicales sont altérées, beaucoup moins cependant que celles de la région dorsale, ces dernières sont tellement fragiles qu'il est presque impossible de ne pas rompre les apophyses transverses en préparant la pièce; toutes aplaties, moins hautes que dans l'état normal; il en est de même des vertèbres lombaires, dont le corps est plus affaissé à droite qu'à gauche; leurs apophyses transverses à l'état frais sont comme cartilagineuses, molles, flexibles, élastiques, se coupant nettement sous le scalpel sans produire le craquement habituellement occasionné par l'écrasement des cellules osseuses. Au niveau de la

neuvième vertèbre dorsale, existe une altération dont il a été déjà question, en parlant de la moelle; le corps de cette vertèbre est presque complètement détruit, à l'exception de deux lamelles minces qui tiennent encore aux disques qui la séparent de la vertèbre sus et sous-jacente; entre ces deux lamelles existe un liquide rougeâtre, dont la quantité peut être évaluée à deux cuillerées environ, visqueux, ce liquide est limité en avant par une poche membraneuse mince, qui le sépare de la cavité thoracique. Ce liquide examiné au microscope a présenté des globules sanguins, des éléments graisseux, et des cellules ressemblant assez exactement à celles qui ont été décrites dernièrement par M. Robin dans les os des jeunes enfants (Vide mém. de la Soc. de Biologie.). Le fibro-cartilage intermédiaire à la sixième et septième vertèbre cervicale était décollé dans sa moitié antérieure, de telle sorte que la partie correspondante de la sixième vertèbre cervicale était à nu et comme érodée. Au devant de ce disque fibreux, existait une collection de liquide rougeâtre, filant, analogue à celui dont il a été question à propos de la neuvième vertèbre dorsale; il soulevait sous forme de tumeur oblongue, de haut en bas le surtout ligamenteux antérieur et était en rapport presque immédiat avec la partie postérieure de l'œsophage.

La cage thoracique était rétrécie dans son diamètre transverse; les côtes aplaties dans ce sens et fortement saillantes en avant, la plupart brisées ou présentant les traces de nombreuses fractures consolidées. Les cartilages costaux étaient sains.

Le sternum n'a que 0^m; 07 de hauteur; il forme dans sa

première portion un angle aigu saillant dans l'intérieur du thorax ; en bas au contraire il est fortement projeté en avant. Les os qui le constituent sont d'une fragilité extrême qui égale presque celle des arcs costaux.

Les clavicules assez consistantes sont fortement arquées ; la gauche offre à sa partie moyenne un cal de fracture volumineux saillant en avant. Les omoplates sont fortement convexes en arrière, leur angle inférieur projeté en avant ; ils sont médiocrement fragiles.

Les deux humérus comme les deux os de l'avant-bras ont leur direction ordinaire ; ils sont consistants, moins cependant que dans l'état normal.

L'articulation du coude gauche est ankylosée ; le sommet de l'apophyse coronoïde est soudé avec le fond de la cavité du même nom ; on trouve simultanément les traces d'une fracture avec écrasement de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche et de l'extrémité supérieure du radius.

Les os du carpe ne présentent rien de remarquable, ceux du métacarpe sont légèrement ramollis et offrent comme les phalanges des traces d'anciennes fractures.

Les deux fémurs sont droits ; leur tissu compacte très raréfié est réduit à une lame mince facilement dépressible ; la cavité médullaire est agrandie. Les épiphyses inférieures sont décollées ; on ne trouve aucune trace de fracture. La moelle du fémur laissait voir à l'examen microscopique des globules sanguins et des éléments graisseux. La hauteur des rotules paraissait diminuée par suite d'une exagération de la courbure normale de ces os. Le tibia comme le péroné, était dans le même état que les fémurs ; il n'y avait point de trace de fractures. Sur les os du tarse,

du métatarse et des phalanges, on remarquait plusieurs fractures.

Le bassin était très altéré dans sa forme, les os des fesses aplatis d'avant en arrière; les deux branches du pubis fortement projetées en avant formaient par leur rapprochement une gouttière assez profonde située à leur partie postérieure. Les branches descendantes du pubis se portaient en dehors, formant avec la branche ascendante de l'ischion un angle obtus saillant en dehors. Le tiers supérieur des os coxaux qui forme les fosses iliaques est vertical, les deux tiers inférieurs sont projetés en avant et en dedans de manière à former un angle droit avec leur partie supérieure. A la portion la plus interne de cet angle, on voit des traces de fracture par suite de l'exagération de la flexion de l'os.

Le sacrum, le coccyx, mais surtout les os coxaux sont ramollis, le périoste leur est plus adhérent qu'à la surface des os longs.

Les deux premières vertèbres sacrées sont fortement projetées en arrière, les autres au contraire sont saillantes en avant et forment aussi un angle aigu avec les précédentes. La pointe du coccyx est portée à gauche. L'axe des trois premières vertèbres sacrées se porte à gauche de l'axe du sacrum, les autres sont inclinées dans le sens contraire.

Diamètres du bassin.

Déroit supérieur.		Déroit inférieur.	
Diamètres.			
Sacro-pubien	8 cent.	Coccy-pubien	6.
Oblique droit	10 1/2.	Oblique droit	8.
» gauche	10 1/2.	» gauche	7.
Transverse	11 1/2.	Bi-ischiatique	8.
Sacro-cotyloïdien	6.		

Entre la partie moyenne des 2 crêtes iliaques dr. et g. 0^m,25

Entre les 2 épines iliaques antérieures et supérieures 0^m,225

» » » » inférieures 0^m,15

Entre les deux cavités cotyloïdes (bord antérieur) 0^m,13

Structure des os. — Tous les os sont rougeâtres, très gras avec prédominance marquée de la trame organique. A l'état frais, les os sont très légers, mais macérés dans l'eau et séchés, leur légèreté est telle que le vent chasse devant lui les os d'un volume peu considérable. Gras ou débarrassé de sa graisse, le diploé surnage avec facilité, ce qui n'a pas lieu pour les os sains pour peu qu'on ait exprimé une légère quantité de graisse. A l'état frais, les cellules du diploé cèdent sans se rompre à la pression pour reprendre ensuite leur forme primitive. Les parois des cellules ne sont pas formées par des lamelles, mais bien par un tissu filamenteux réticulaire qui a conservé une cohésion parfaite. Tous les os, à part ceux des membres supérieurs, du crâne et de la face et surtout les vertèbres et les fémurs laissent suinter par leurs pores sous l'influence de la pression un liquide rouge graisseux en quantité considérable. Une cuillerée au moins d'un liquide semblable est épanché dans chacune des articulations coxo-fémorales; on en trouve également, mais en moindre quantité dans l'articu-

lation du genou. On ne rencontrait dans le liquide des cavités cotyloïdes que des éléments graisseux et des globules sanguins en petit nombre. Les cartilages ne présentaient rien de particulier si ce n'est un amincissement considérable. Les synoviales étaient saines. La cavité médullaire des os longs très agrandie était remplie par une moelle diffluente mêlée de nombreuses stries sanguines. Les cellules diploïques distendues par de la graisse semblaient agrandies par suite du passage de l'état lamelleux de leur parois à l'état réticulaire et de la large communication de la plupart d'entre elles. Séché après une longue macération, le tissu diploïque devient grisâtre ; ses cellules contiennent alors une substance calcaire blanchâtre qui donne aux os le même aspect que s'ils avaient été trempés dans de la chaux. J'ai déjà indiqué la minceur excessive du tissu compacte, je mentionnerai de nouveau la légèreté et la friabilité des os.

Le nombre des fractures que j'ai pu compter s'élève à 72, se répartissant de la manière suivante :

Côtes 54.

Clavicule 1.

Phalanges (mains) 9.

(pieds) 5.

Métacarpiens 2.

Métatarsiens 1.

Olécrâne gauche 1 (douteux).

Radius gauche 1

Humérus g. extr. inf. 1

} (écrasement (douteuses))

75 — 3 douteuses = 72.

Toutes les fractures indiquées étaient anciennes et réu-

nies par un cal plus ou moins solide ; dans quelques-unes d'entr'elles on pouvait suivre les progrès du travail de réparation. Je n'ai pas tenu compte non plus de plusieurs fractures incomplètes. Enfin, plusieurs côtes, un métacarpien, trois métatarsiens, le péroné droit, plusieurs phalanges n'ont pu être examinés ; on peut donc sans crainte d'exagération porter à 80 le nombre de fractures que présentait le squelette de cette femme.

Extrait du rapport de M. Dubreuil sur l'observation précédente.

L'observation suivante est le complément clinique du fait recueilli par M. Buisson, c'est la relation d'un cas d'ostéomalacie que nous avons examinée à l'hôpital S. Louis dans le service de M. Malgaigne

M. Marguerite, Eugénie, âgée de 43 ans, demoiselle de magasin, est couchée, (juin 1854) au n° 4 de la salle Ste-Marthe, hôp. S. Louis. Dans sa jeunesse, cette femme avait une bonne constitution et jouissait d'une excellente santé. L'apparition des menstrues fut difficile et n'eut lieu qu'à 23 ans, depuis, les règles ont toujours été irrégulières et peu abondantes et ont disparu vers la fin de l'année 1849. Jamais il ne s'est manifesté d'hémorrhagie utérine. M. n'a point eu d'enfants et assure même n'avoir jamais eu de rapports sexuels. Dans sa famille, qui est nombreuse, M. est seule atteinte de la maladie qui fait le sujet de cette observation.

C'est en 1842, après un an de séjour à Paris, qu'elle éprouva les premiers accidents. A cette époque, elle éprouvait des douleurs vagues dans les genoux et de la gêne au se baissant. Pendant les quatre années suivantes, M.

vit sa santé s'affaiblir, ses digestions devenir pénibles ; en même temps, elle ressentait une lassitude générale, de la difficulté dans la marche, pour monter un escalier, mais surtout pour le descendre ; ses compagnes lui faisaient souvent remarquer que sa stature diminuait de hauteur, en même temps sa taille se déformait. En 1846, ces accidents devinrent plus manifestes, elle était obligée pour s'asseoir sur une chaise de s'appuyer préalablement sur les mains. Malgré ces phénomènes morbides, elle pouvait encore continuer ses occupations de demoiselle de magasin. Vers la fin de 1846, elle consulta Lisfranc qui, trouvant une petite tumeur au bas de la colonne vertébrale, soupçonna une affection du rachis et prescrivit un traitement local qui ne fut pas suivi. D'après le conseil de Marjolin, elle entra à l'hôpital S. Louis.

Deux jours après son admission dans le service de M. Jobert, le 24 décembre 1846, son pied s'embarrassa dans un paillasson, elle tombe sur le côté gauche et se fracture le col du fémur du côté opposé. Six semaines après, en faisant des efforts pour placer sous elle un vase de nuit, elle se luxa, dit-elle, la hanche droite. Pendant les tentatives de réduction faites par M. Jobert, son membre se serait tordu comme un morceau de bois vert. Pendant les huit mois qui suivirent cet accident, elle fut très souffrante éprouvant par moments des douleurs très vives surtout dans les membres inférieurs et au niveau des articulations. Cinq semaines après la luxation, un jour qu'elle voulait soulever sa jambe gauche, elle se fracture le fémur du même côté à sa partie moyenne. Depuis, et sans quitter son lit, elle se fracture successivement deux côtes du côté droit, les deux crêtes iliaques dans des efforts de toux, la pre-

mière phalange du quatrième orteil du pied droit (1847), la jambe gauche en deux endroits et la droite vers la partie moyenne (1849). C'est en se remuant dans son lit qu'elle produisit ces fractures ; enfin, en janvier 1851, une infirmière lui fractura la seconde phalange du cinquième orteil du pied droit. En tout, 12 fractures dans un intervalle de 3 ans. On ne soupçonna le ramollissement des os que 5 mois après l'entrée de la malade à l'hôpital ; mais ce ne fut qu'en 1848 qu'on le constata d'une manière certaine ; à cette époque, en pressant sur la crête et la face interne du tibia, on laissait une empreinte absolument comme si l'on avait pressé sur de la cire molle. Ces pressions étaient très douloureuses.

M. Jobert fit suivre le traitement suivant: paquets de sous-carbonate de fer en alternant avec le lactate de fer, eau de Vichy, frictions sur les membres avec le baume de Fioraventi, régime tonique. M. Malgaigne mit plus tard la malade à l'usage de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium auquel elle ne put s'habituer. On associa à ces médicaments l'usage du cresson et un régime tonique.

Les fractures ne commencèrent à se consolider que vers la fin de l'année 1850; à la même époque M. s'aperçut que sa taille cessait de diminuer.

État actuel. La malade garde constamment le lit, elle affecte le décubitus dorsal. Sa taille est de 1^m,35. La longueur du membre abdominal gauche, mesuré de l'épine iliaque antéro-supérieure au talon est de 0,^m67; la longueur du membre inférieur droit de 0,^m66. La cuisse gauche est à peu près droite, celle du côté opposé est courbée en S, la courbure supérieure regardant en dehors.

l'inférieure en dedans. Le sternum ne paraît pas déformé, les clavicules sont convexes en avant, le thorax est déprimé d'avant en arrière, de telle sorte que les extrémités des côtes sont rapprochées et la partie moyenne de leur courbure très saillante en dehors, la colonne vertébrale n'a pu être examinée.

Les angles de la mâchoire inférieure sont écartés, ce qui donne à la face une largeur assez considérable en bas. Les dents sont presque toutes tombées sans être ni gâtées ni ramollies; les quelques unes qui restent sont déchaussées et remuent dans leurs alvéoles.

Les humérus sont à peine déformés, les avant-bras sont courbés en arc saillant en dehors.

Les mains sont grêles, assez bien conformées, les dernières phalanges des doigts principalement des pouces sont déjetées vers leur face dorsale, ce qui résulte de ce que la malade est obligée de s'appuyer sur ces extrémités dans les rares mouvements qu'elle exécute.

Les pieds sont étendus, le droit surtout, ce qui pourrait être comparé à un pied bot équin. Le genou droit est ankylosé, la rotule a presque disparu, ou du moins ses limites sont difficiles à apprécier, à gauche l'ankylose est incomplète, et l'on sent encore la rotule qui est très petite. La malade peut à peine remuer les jambes de manière à élever les talons au dessus du plan du lit; elle remue les bras avec une grande aisance et a conservé beaucoup de force dans les mains.

M. a un caractère gai; les fonctions digestives sont normales; néanmoins elle mange peu, son embonpoint est médiocre, elle ne souffre pas et respire avec facilité. Le cœur paraît déplacé un peu en haut; ses battements se

font sentir très peu au dessous de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Nous avons donné ce fait comme le complément de l'observation purement anatomique de M. Buisson; il montre que le médecin ne doit pas désespérer lorsqu'il est appelé auprès d'un malade atteint d'ostéomalacie. Sous l'influence de la médication tonique et de l'emploi de l'huile de foie de morue, notre malade paraît être aujourd'hui en voie de guérison. Enfin notre observation, comme celle de M. Buisson recueillie sur une femme vierge, prouve que les accouchements antérieurs nombreux ne peuvent pas être regardés comme la cause la plus incontestable de l'ostéomalacie.

Ont été nommés, pendant le troisième trimestre de 1851,

MEMBRE HONORAIRE,

M. BIELLOW, professeur à l'université de Boston.

MEMBRE TITULAIRE,

M. VERNEUIL

MEMBRE CORRESPONDANT,

M. BERTHERAND à ALGER.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXVI^e ANNÉE

BULLETIN N^o 11. NOVEMBRE 1851.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux. 1. Induration limitée des circonvolutions cérébrales. — 2. Végétations développées dans le larynx. — 3. Tubercule placé sur la face interne de la dure-mère cérébrale. — 4. Kyste hydatique de la surface convexe du foie simulant une pleurésie. — 5. Arthrite sèche du coude avec corps étrangers. — 6. Ulcérations intestinales dans la pellagre. — 7. Oblitération de la veine cave inférieure, des veines iliaques et fémorales, chez un phthisique. — 8. Oblitération de la veine porte. — 9. Spina-bifida. — 10. Anévrysme de l'aorte descendante ouvert dans l'œsophage. — 11. Pseudomembrane de la plèvre ossifiée. — 12. Diverticulum de l'intestin grêle. — 13. Granulations tuberculeuses développées à la face interne de la dure-mère cérébrale. — 14. Tumeur blanche du genou terminée par ankylose fibreuse. — 15. Hypertrophie partielle de la mamelle. — 16. Pied bot équin congénial. — 17. Anus contre nature, suite de péritonite. — 18. Méningite suppurée extra et intraventriculaire. — 19. Imperforation de l'anus. — 20. Induration des valvules de l'aorte produisant pendant la vie un bruit musical. — 21. Fausse membrane épaisse recouvrant un foie cancéreux. — 22 Phthisie laryngée. — 23. Concrétion calcaire développée dans le muscle droit antérieur de la cuisse. — 24. Diverticulum de l'intestin grêle. — 25. Fracture du crâne. — 26. Cavités kystiques développées dans les reins. — 27. Deux observations de pemphigus survenu chez un nouveau-né issu de parents syphilitiques, discussion. — 28 Tumeur fibro-

colloïde avec productions kystiques développées dans un testicule. — 29. Testicules tuberculeux avec hypertrophie fausse de la glande séminale. — 50. Anomalie musculaire de l'avant-bras. — 51. Abscès du cerveau. — 32 Tubercules crétacés développés dans l'épididyme et le canal déférent. — 33. Transformation prétendue fibreuse des muscles; lésions syphilitiques (?) du biceps huméral. — 34. Atrophie musculaire du muscle grand pectoral. — 35. Pieds bots consécutifs à l'altération graisseuse spontanée et primitive des muscles de la jambe et du pied.

*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société
anatomique.*

PRÉSIDENCE DE M. CHUVEILLIER.

1. M. Dufour présente plusieurs pièces :

1°. Une induration limitée des circonvolutions cérébrales. Un enfant de 5 ans était entré à l'hôpital des enfants malades pour une affection du cerveau datant de deux ans. De la céphalée, des vomissements, de la contracture du côté gauche, symptômes auxquels se joignent dans les derniers temps de la vie des convulsions et une hémiplégie du côté gauche avaient fait soupçonner l'existence d'un tubercule cérébral du côté opposé. L'enfant succomba, à la suite de deux fièvres éruptives intercurrentes, la scarlatine et la rougeole. A l'autopsie, pratiquée le 6 octobre, un mois après l'admission du petit malade à l'hôpital, on ne trouva aucune trace de tubercules dans le cerveau ou les autres organes de l'économie. Sur les circonvolutions au niveau de la partie postérieure de la convexité de l'hémisphère droit existe une induration de la largeur d'une pièce de 1 franc, comprenant les substances blanche et grise. Cette induration, examinée au microscope par M. Robin, n'a présenté que du tissu fibroblastique et des granules, structure qui a fait comparer cette lésion à celle que fournit l'examen microscopique du poumon atteint de phlegmasie chronique.

2° *Des végétations épithéliales très nombreuses développées entre les cordes vocales supérieures et inférieures du larynx.* Une fille de deux ans et demi fut apportée à l'hôpital des Enfants malades atteinte depuis trois semaines de dyspnée avec toux rauque ; la voix était croupale, l'auscultation du larynx ne faisait pas entendre le bruit de drapau caractéristique, aucune pseudomembrane ne fut rejetée. A la suite de la vaccination, l'enfant fut atteint d'une variole qui déterminait la mort. A l'autopsie on trouva la cavité formée à l'état normal par les ventricules du larynx comblée par un développement considérable de végétations, d'un blanc rosé, fermes, comparables aux végétations qui surviennent si fréquemment à la surface du gland ; l'une d'elle beaucoup plus volumineuse acuminée sort du ventricule gauche, les autres confluentes, forment comme un gazon serré, on n'a pas trouvé de vaisseaux dans leur intérieur. Leur structure paraissait être uniquement épithéliale. D'autres végétations rudimentaires à peine saillantes existent en petit nombre à la base de la face inférieure de l'épiglotte.

3. *Une tumeur tuberculeuse* du volume d'un gros pois développée à la face interne de la dure-mère, au niveau de la fosse occipitale. Cette tumeur jaunâtre, médiocrement dure, constituée par une matière grenue, a été trouvée sur un enfant mort de tuberculisation générale, mais qui ne présentait aucun autre tubercule dans le cerveau ou les meninges ; elle présente à l'examen microscopique les caractères de la matière tuberculeuse.

4. M. Combessis met sous les yeux de la société un *kyste hydatique* très volumineux, occupant la surface convexe du foie, et qui pendant la vie avait simulé une pleurésie. C., âgé de 29 ans, journalier, entra à l'Hôtel-Dieu le 10 septembre 1851, salle St. Benjamin, n° 1. Il raconte qu'il y a deux mois, sans cause connue, dans le cours d'une santé parfaite, il a éprouvé une douleur dans le côté droit de la poitrine, avec gêne de la respiration ; il entra alors à l'hôpital où il fut traité, dit-il, pour une pleurésie ; on trouve en effet dans l'endroit indiqué des traces de ventouses scarifiées. Après être resté un mois à l'hôpital, il en sortit, mais fut forcé quinze jours après de rentrer à

l'Hôtel-Dieu. Quand je vis le malade pour la première fois, le 27 octobre, son état n'avait subi aucune amélioration sous l'influence des diurétiques et de deux purgatifs. Il était maigre, pâle, avait peu d'appétit, et éprouvait, de la diarrhée. La respiration était gênée et fréquente. La poitrine était sonore à la partie supérieure du côté droit jusqu'à la deuxième côte, quand on percutait le malade placé horizontalement; jusqu'à la troisième côte, quand le malade était à son séant. Dans tout le reste de la hauteur de la poitrine, la percussion faisait entendre une matité absolue, qui se prolongeait jusqu'à la région du foie, et descendait jusqu'à l'ombilic. Dans la partie sonore, on entendait un souffle bronchique très intense, dans tout le reste du côté droit du thorax, la respiration manquait complètement; il n'y a pas d'égophonie. Du côté gauche, au contraire, la respiration était forte et puerile. L'hypochondre droit était saillant; les espaces intercostaux plus élargis; les veines sous-cutanées, nombreuses et très volumineuses. A ce niveau, l'abdomen était distendu par une tumeur ferme, débordant de trois travers de doigts le rebord des fausses côtes, et s'étendant obliquement à gauche pour passer un peu au-dessous de l'ombilic. On ne constatait pas l'existence d'un liquide dans la cavité péritonéale. Du 15 au 20 octobre, l'appétit diminuait, l'ascite et l'anasarque se manifestèrent; ces accidents augmentèrent peu à peu, et le malade succomba le 1^{er} novembre 1851.

A l'autopsie, on trouva que la tumeur saillante dans le côté droit de l'abdomen était formée par le foie chassé hors de l'hypochondre droit. Sa face supérieure correspondait au rebord des fausses côtes. Au-dessus du foie, s'étendant en haut jusqu'à la troisième côte, existait une tumeur arrondie très volumineuse, refoulant le diaphragme dans le côté droit du thorax; cette tumeur fluctuante se rompit pendant qu'on l'enlevait, et donna écoulement à un liquide incolore, transparent; à l'intérieur on trouva une poche blanchâtre, opaque, qui contenait le liquide indiqué plus haut sans aucun débris d'hydatides, le poumon droit avait à peine le volume du poing et nageait dans de la sérosité transparente; on ne trouvait aucun indice d'une

phlegmasie de la plèvre. La cavité péritonéale contenait de la sérosité.

M. Blin des Cormiers rappelle un kyste hydatique du rein qui avait simulé une pleurésie, et fut présenté l'an dernier à la société.

5. *M. Verneuil* présente une *Arthrite sèche du coude avec corps étrangers*. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un homme dépassant l'âge adulte. Les extrémités articulaires déformées sont le siège de végétations marginales. A la partie postérieure et externe de l'article, existe un petit corps étranger complètement détaché et comparable pour son aspect à de la cire molle ; des végétations osseuses remplissent presque complètement les cavités olécrânienne et coronoïdienne ; d'autres semblables existent aux bords des apophyses coronoïde et olécrâne et gênent considérablement les mouvements de l'article. Dans cette articulation, on voit que la cupule radiale est privée de cartilage ; la surface osseuse éburnée, le cartilage manqué également sur la surface correspondante du petit condyle huméral, en sorte que la maladie paraît avoir occupé surtout cet article qui fait partie de la grande articulation du coude. Les végétations indiquées plus haut, ajoute M. Verneuil, sur le bec de l'apophyse coronoïde et l'olécrâne n'existent passeulement dans les cas d'arthrite sèche ; on rencontre encore à la suite des fractures dans le fond des cavités correspondantes, des dépôts plastiques qui gênent considérablement dans l'exercice des mouvements.

M. Barth présente plusieurs pièces.

6. *Des ulcérations intestinales trouvées chez un homme non tuberculeux mort de pellagre.*

Huet Auguste, âgé de trente ans, maçon, ancien militaire, est entré le 16 septembre 1851 à l'hôpital St. Antoine (salle St. Antoine, n° 20). Le premier octobre, époque à laquelle je pris le service de cette division de l'hôpital St. Antoine, H. me fut présenté comme atteint de pellagre. Voici l'état du malade à cette époque : aspect de cachexie prononcée, maigreur très grande, teint plombé un peu

terreux, non comparable à la pâleur des phthisiques ; la face exprimait la tristesse et une altération profonde de la santé. La peau de la face dorsale des mains était brunâtre, rugueuse, écailleuse; j'appris que cette altération de la peau était plus marquée lorsque le malade entra à l'hôpital. Il éprouvait de plus une diarrhée liquide; les matières alvines grisâtres, évacuées sans coliques, étaient rendues quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures. Le ventre n'était pas augmenté de volume; on ne constatait aucun développement morbide de la rate ou du foie. Le malade ne toussait pas et n'expectorait pas, l'auscultation faisait entendre au sommet du côté droit du thorax la respiration un peu faible sans craquements. Il n'y avait pas de fièvre. Relativement aux antécédents, nous avons appris que Huet avait été militaire de 24 à 27 ans; pendant ce temps il avait eu deux fois la dysenterie il y a 4 et 5 ans. Il quitta le service militaire il y a 3 ans et devint maçon; jamais il n'a mangé de maïs, et son alimentation a toujours été saine et suffisante. Il y a deux ans il fut pris au printemps de diarrhée, sans altération de l'appétit; simultanément il se développa sur la surface dorsale des deux mains une éruption douloureuse avec prurit qui se manifesta d'abord sous forme d'une rougeur diffuse remplacée par des boutons remplis de pus avec gonflement notable. Au bout de deux mois de durée, l'affection cutanée s'améliora lentement; cependant les mains devinrent fréquemment le siège d'une rougeur quand il les exposait à l'influence des rayons solaires. L'amélioration fut plus marquée dans l'hiver de 1850-51, sans qu'il ait eu recours à aucune médication; il reprit de l'embonpoint; mais en février 1851 la diarrhée avec selles jaunâtres et coliques reparut; un mois plus tard l'éruption se manifesta aux mains plus intense que la première fois et s'accompagnait de démangeaisons, surtout sous l'influence de l'exposition au soleil; les mains devinrent le siège de fissures et de gerçures qui se recouvrirent de croûtes. La diarrhée persistait en même temps et s'accompagnait d'un amaigrissement chaque jour plus marqué. Le malade entra alors à l'hôpital St. Antoine dans l'état que nous avons décrit plus haut. En présence de ces accidents, à quel diagnostic devions-nous nous arrêter? A quoi fallait-il rapporter l'entérite chro-

nique ? Était-elle ulcéreuse, inflammatoire, simple ou tuberculeuse ? Une entérite simple si prolongée, résistant d'une manière aussi opiniâtre aux agents thérapeutiques n'était guère probable; nous n'avions d'un autre côté aucun signe certain de diathèse tuberculeuse. Enfin, la coïncidence de ces trois grands ordres de symptômes; cachexie profonde, éruption sur la face dorsale des mains, puis diarrhée opiniâtre non tuberculeuse, nous fit admettre l'existence de la pellagre. Nous administrâmes au malade, dans le but de diminuer la diarrhée, successivement: des préparations opiacées, le bismuth, le diascordium, les astringents comme le cachou, le tannin, tout cela sans succès. Le 4 novembre, H. fut pris de frisson, puis le lendemain de fièvre et de toux, et des autres symptômes d'une pneumonie hypostatique qui causa la mort le 6 novembre au soir.

Autopsie le 8 novembre. Le cadavre présentait une maigreur marquée, sans trace de décomposition putride. Le cerveau était sain; le liquide arachnoïdien et intraventriculaire de quantité moyenne, les deux substances étaient pâles. Le cœur était sain. La cavité pleurale gauche contenait un verre environ de sérosité louche, tenant en suspension des flocons fibreux; le feuillet pariétal de la plèvre était légèrement injecté et friable. Tout le poumon gauche était oedématisé et congestionné.

Au bord postérieur, vers le milieu de sa hauteur, le parenchyme était ramolli, splénisé; tout le lobe inférieur était le siège d'une congestion sanguine diffuse. A la partie inférieure et un peu interne du lobe supérieur, on rencontrait un noyau apoplectiforme, plus haut une tache grisâtre correspondant à une portion sphaclée du poumon, enfin plus en arrière on trouvait les caractères d'une pneumonie suppurée. Le poumon droit était un peu congestionné à sa base, à son sommet existaient des tubercules crus. La muqueuse de l'estomac était un peu ramollie dans le grand cul de sac seulement; ailleurs elle était saine. La membrane interne du duodénum colorée par de la bile, était saine.

L'intestin grêle, que je mets sous les yeux de la société offre à une

piéd au-dessous du jejunum dans l'iléon, deux ulcérations assez larges, puis on retrouve la muqueuse saine dans l'étendue de plusieurs pieds au-dessous. Plus bas dans l'iléon, on rencontre vingt-une ulcérations de grandeur variée; dans les dix-huit derniers pouces au-dessus de la valvule iléocœcale, elles manquaient complètement. Ces ulcérations, dont les plus grandes peuvent égaler la grandeur d'une pièce de cinq francs, sont d'un blanc jaunâtre, arrondies, pour la plupart siégeant de préférence le long du bord libre, mamelonnées et comme striées de lignes qui convergeraient de la circonférence vers le centre. A leur niveau la muqueuse est détruite, le fond de ces ulcérations est formé par le tissu cellulaire sous-muqueux épaissi, dans lequel l'examen microscopique ne fait constater que des éléments fibro-plastiques. Les ganglions mésentériques sont sains. La muqueuse du gros intestin était ramollie. La rate, d'un volume moyen, était à l'état normal. Le foie était un peu gras; la bile jaunâtre. Les organes génito-urinaires sains.

Ces ulcérations, dit M. Barth, ne ressemblent pas à celles de la fièvre typhoïde, pas plus qu'à celles de la phthisie; j'ai fait quelques recherches, jusqu'à présent incomplètes, dans quelques ouvrages généraux, et j'ai vu qu'il était question, à propos de la pellagre, de lésions du tube digestif qu'on n'a pas décrit. Ne pourrait-il pas y avoir pour la pellagre une espèce particulière d'ulcération intestinale?

7. *Une oblitération de la veine cave inférieure, des veines iliaques et fémorales chez un phthisique.* D. S., âgé de 59 ans, marchand des quatre saisons, était entré à l'hôpital Saint Antoine le 7 avril 1851; il était malade depuis le mois de mars de la même année, était atteint de toux avec expectoration, avait eu une hémoptysie. On constata par l'examen du thorax des signes manifestes de tuberculisation pulmonaire. Le 10 octobre, une aggravation marquée se manifesta dans l'état du malade, le ventre était volumineux, ses téguments recouvraient des veines plus grosses qu'à l'état normal. Dans les veines allant de la partie moyenne du ventre à la partie inférieure, le sang, au lieu de se diriger de haut en bas, en sens

contraire de celui contenu dans les veines allant de la partie moyenne à la supérieure de l'abdomen, suivait une marche uniforme de la partie inférieure au haut du ventre, ce dont on pouvait s'assurer en arrêtant momentanément le cours du sang au moyen de la pression du doigt, puis en observant dans quel sens la veine se remplissait. Cette circonstance nous fit diagnostiquer une oblitération de la veine cave inférieure. Le membre inférieur droit était œdématié, très-volumineux, le gauche également, mais moins. A l'autopsie, pratiquée le 9 novembre, je trouvai au sommet du poumon droit une petite caverne; à gauche des granulations tuberculeuses nombreuses, principalement dans les intersections lobaires, des tubercules dans l'épaisseur des deux plèvres; le même produit médiocrement abondant dans les ganglions bronchiques. Le péritoine pariétal était recouvert d'un grand nombre de tubercules blanchâtres durs. Une masse très-volumineuse de ganglions lombaires était accumulée au-dessous de la veine cave sous le foie. Le canal de la veine cave était oblitéré par un caillot volumineux, commençant à quatre travers de doigt au-dessous du point de la pénétration du vaisseau dans le foie pour se continuer dans les veines iliaques primitives, externes et fémorales, aussi bas qu'on a pu pratiquer l'examen du cadavre. Le caillot était ferme, d'un blanc jaunâtre, un peu ramolli à son centre, sans aucune trace de pus. Le foie était un peu gris, décoloré; les autres organes étaient sains.

M. Broca. Pour pouvoir attribuer l'oblitération veineuse à la cause signalée par M. Barth, il fallait que la tumeur comprimante fût très-volumineuse et ferme. Souvent chez les malades qui succombent dans la cachexie, à la suite de la phthisie pulmonaire, on trouve sans cause de compression des oblitérations veineuses aux membres inférieurs et même aux supérieurs; il en est de même dans la cachexie cancéreuse et dans cette affection quelques auteurs ont argué de la ressemblance quelquefois assez marquée du coagulum sanguin avec la matière cancéreuse à l'existence et au transport du produit morbide par le torrent de la circulation.

M. Barth. J'ai rencontré de ces coagulations veineuses également à la suite de maladies diverses, de la phthisie, du cancer ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

3. *Une oblitération ancienne de la veine-porte.* Q. C., âgée de 24 ans, journalière, était entrée le 16 octobre 1851 à l'hôpital St. Antoine. Elle était accouchée il y a dix mois d'une manière heureuse ; mais à la suite de l'accouchement, il survint dans le membre inférieur droit un gonflement qui disparut ensuite ; mais pendant ce temps le ventre augmenta graduellement de volume. Lors de son entrée à l'hôpital, elle présentait une teinte un peu cachectique ; le ventre était distendu, fluctuant ; les deux membres inférieurs œdématisés, le droit un peu plus que le gauche. Le cœur était sain ; il n'y avait pas d'albumine dans les urines. On essaya en vain des diurétiques et des sudorifiques, enfin sur la demande de la malade, la ponction fut pratiquée le 6 novembre, au moyen d'un trocart pourvu d'une canule à robinet, pour éviter autant que possible l'introduction de l'air. Il s'écoula six litres environ d'une sérosité très limpide, déposant par l'addition de l'acide nitrique une grande quantité d'albumine. Le surlendemain, le ventre devint douloureux, puis apparurent des envies de vomir, des vomissements et les autres signes d'une péritonite qui causa la mort le 11 novembre.

Autopsie le 13 novembre. Le péritoine présentait les signes d'une inflammation suraiguë dont j'ai vainement recherché le point de départ. La plaie faite par le trocart était parfaitement cicatrisée, aucune rougeur n'existait à son niveau. La cavité péritonéale contenait un liquide louche floconneux ; la séreuse pariétale et viscérale offrait une rougeur marquée. Le foie, d'un volume ordinaire, était très rouge à sa surface, sans aucune trace d'altération graisseuse ou de cirrhose.

La veine-porte, que M. Barth met sous les yeux de la société, est entourée par une production blanchâtre assez dure au niveau de l'aboutissement de la mésentérique dans la veine-porte ; la veine splénique, les divisions de la veine-porte dans le foie étaient oblitérées par

de petits caillots blanchâtres fermes. *L'intestin était d'une brièveté remarquable*; l'intestin grêle ne mesurant que dix pieds de la valvule pylorique à la valvule iléo-cœcale, le gros intestin dans son entier trois pieds; les valvules conniventes très rapprochées dans le duodénum et le jéjunum, remontaient jusqu'auprès de la valvule iléo-cœcale; les parois intestinales étaient épaisses; la muqueuse était plissée transversalement dans le gros intestin. La rate était volumineuse, ferme, son tissu d'un rouge foncé, les poumons étaient sains et ne contenaient pas de tubercules; le cœur était comme à l'état normal; seulement la valvule mitrale était légèrement épaissie à sa base.

9. *M. Rombeau* met sous les yeux de la société un *spina bifida* trouvé sur un enfant âgé d'un mois, mort à l'hôpital des enfants malades. Au niveau des premières vertèbres lombaires et des dernières dorsales, on trouve cinq de ces corps osseux dépourvus d'apophyses épineuses; les lames sont largement écartées, et laissent voir le canal rachidien; la queue de cheval, terminaison de la moelle, était fixée à l'une des parois de la poche membraneuse qui bouchait pendant la vie l'ouverture formée par l'écartement des lames des vertèbres.

10. *M. Leudet* montre deux pièces :

Un anévrysme de l'aorte descendante ouvert dans l'œsophage. P., âgé de 42 ans, domestique, était entré le 3 octobre 1850 à l'hôp. de la Pitié (serv. de M. Gendrin); il éprouvait depuis plus d'un an des accès d'oppression et de dyspnée, principalement après les exercices violents; puis par moments des douleurs vives comme déchirantes au niveau de la région précordiale; jamais il n'eut d'œdème des membres inférieurs ou supérieurs. Pendant toute une année qu'il demeura dans le service, il présenta constamment les mêmes symptômes: son apparence extérieure était bonne, l'embonpoint ordinaire, l'appétit était médiocre, la déglutition des aliments, leur digestion étaient normales, jamais il n'avait eu de vomissement. L'examen de la région thoracique faisait entendre au niveau du cœur un bruit de souffle double, correspondant au premier et au deuxième temps du cœur, existant principalement à la base et un peu à gauche du

cœur. Il n'y avait dans cette région aucun frémissement particulier, pas de déformation de la paroi costale. Le long de l'aorte et dans les carotides on entendait un bruit de souffle rugueux. Dans le dos, l'auscultation et la percussion ne faisaient reconnaître l'existence d'aucune tumeur. On ne constatait pas de reflux des veines jugulaires. Les battements des artères radiales faibles étaient parfaitement synchrones aux deux bras. On diagnostiqua un rétrécissement de la valvule mitrale avec commencement d'insuffisance ; on administra des diurétiques ; deux cautères profonds furent appliqués entre les articulations chondro-sternales de la 2^e et 3^e côtes ; puis on eut recours aux vésicatoires, aux préparations de digitale. L'état du malade demeure constamment le même ; il était faible, marchait peu, le plus souvent courbé, appuyé sur une canne et se plaignant d'une difficulté à marcher le corps droit ; aucune tumeur n'existait dans la région dorsale, aucune tumeur dans l'abdomen. Pendant l'année qu'il resta soumis à notre observation, nous vîmes se répéter plusieurs fois des accès de douleurs vives accusées dans la région précordiale et comparées par le malade à une constriction vive ; ces douleurs durèrent quelquefois 2 à 3 jours ; le plus souvent s'exaspérant pendant la nuit, elles n'obligeaient pas le malade à se tenir assis dans son lit ; au contraire, il demeurait incliné sur le côté droit et la tête assez basse. Le 6 octobre, le malade accusa des douleurs au niveau de la région précordiale analogues à celles que nous venons de décrire, le 8, dans la soirée, sans avoir accusé aucun phénomène de dysphagie, le malade rendit en deux fois par le vomissement, sans grands efforts, un quart de litre environ de sang noirâtre demi-coagulé, sans mélange de mucosités, puis une selle également sanguinolente fut rendue. Nous diagnostiquâmes alors un anévrysme de l'aorte ouvert dans l'œsophage. Le 9 le malade était pâle, décoloré. M. Hérard, chargé du service, prescrivit un julep avec 2 grammes d'extrait de Ratanhia. 4 gramme de seigle ergoté en 3 prises, et une saignée du bras de 200 grammes. Dans la journée, de nouveaux vomissements et des selles sanguinolentes eurent lieu, contenant une

quantité de sang qu'on pouvait évaluer à plus de deux litres. Le 40 on porta la dose du seigle ergoté à 4 gramme 50 centigrammes, continuant l'extrait de Ratanhia. De nouveaux vomissements sanguinolents eurent lieu; ils persistèrent dans la journée du 41. Le malade succomba le 41 octobre dans la soirée. A l'autopsie, pratiquée le 43 octobre, le cadavre ne présentait aucune trace de putréfaction; l'estomac, l'intestin dans toute sa longueur était distendu par un sang noirâtre abondant; la membrane muqueuse des voies digestives était saine. Le péricarde n'offrait rien d'anormal. Le cœur libre d'adhérences était un peu plus volumineux que d'habitude; les parois du ventricule gauche légèrement hypertrophiées, les valvules mitrale, trikuspidale, aortique et pulmonaire, étaient saines, sans dépôts ossiformes. Immédiatement à sa naissance, puis sur toute l'étendue de son trajet dans le thorax et l'abdomen, l'aorte présentait un grand nombre de plaques ossiformes à divers degrés de développement; quelques unes des plaques sont dures, cassantes et ont amené la déchirure de la membrane interne. Un anévrysme du volume d'une grosse pomme, ovoïde, existait au niveau du point où l'aorte est en rapport avec l'œsophage, fixé en arrière sur le rachis, dont 5 vertèbres avaient éprouvé un commencement d'usure. La tumeur était formée par la dilatation uniforme des tuniques; dans un point situé en arrière et à gauche, la tunique moyenne était éraillée et laissait voir un anévrysme faux constitué par le soulèvement de la membrane externe épaissie. L'anévrysme communiquait avec l'œsophage par une ouverture régulière, permettant le passage de l'index; les bords de la solution de continuité étaient un peu noirâtres, l'orifice incomplètement bouché par des caillots mous. Les poumons étaient sains, sans traces de tubercules ou d'apoplexie pulmonaire; le foie, la rate étaient le siège d'une lésion singulière; ils étaient comme emphysemateux, distendus par une grande quantité de bulles d'air contenu dans les vaisseaux, ce qui leur donnait l'aspect d'un tissu spongieux. Il n'y avait aucune diminution de consistance, pas de traces de putréfaction. Le foie et la rate contenaient très peu de sang; il en était de même des reins.

Nous ferons remarquer dans ce fait la difficulté du diagnostic, la longue durée de la vie du malade, malgré l'existence d'une large communication de l'anévrysmes avec l'œsophage, enfin cet état emphysémateux, pour ainsi dire, du foie et de la rate.

41. *Une transformation ossiforme d'une pseudomembrane pleurale.* Cette pièce sur laquelle je ne peux donner aucun renseignement, est remarquable par l'épaisseur de la pseudomembrane ; elle a l'épaisseur de plus d'un centimètre, et paraît occuper principalement la partie postérieure des côtes ; celles-ci sont fixées incomplètement à sa surface par un tissu cellulaire assez serré ; une autre lame analogue existe à la partie interne de la paroi ossiforme. Les côtes ne sont nullement déformées.

42. *M. Broca* présente un *diverticulum de l'intestin grêle* trouvé sur le cadavre d'un enfant nouveau-né, à huit pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, formé par toutes les tuniques de l'intestin il peut admettre la moitié du pouce. L'existence de cette poche vient à l'appui des idées professées par Meckel.

43. *M. Dufour* montre des *granulations tuberculeuses* nombreuses, blanchâtres, développées à la face interne de la duremère, chez un enfant mort de tuberculisation générale. Ces corpuscules examinés au microscope ont présenté les caractères manifestes du tubercule.

44. *M. Broca* rend compte de l'examen d'une ancienne tumeur blanche du genou, guérie aujourd'hui par ankylose fibreuse, pièce présentée par *M. Armand Moreau*, et qu'ils ont été chargés d'examiner ensemble. Le rapporteur s'exprime ainsi :

Les parois molles environnantes sont parfaitement saines : le membre est à demi fléchi, mais présente encore une mobilité manifeste.

La section transversale des muscles de la cuisse a permis d'obtenir un certain degré de redressement ; toutefois ce redressement n'a pas été complet, et lorsque la dissection de l'articulation a été terminée,

il a été évident que la rétraction musculaire n'était pas la seule cause de la difformité.

Les ligaments postérieurs et les ligaments latéraux sont épaissis et rétractés, la tension de ces ligaments devient considérable lorsqu'on étend le membre; quel que soit le degré de traction, le genou reste toujours fléchi dans un angle obtus d'environ 140°.

La rotule est en place; on peut la faire mouvoir en tous sens; mais ses mouvements sont plus limités qu'à l'état normal. Le tibia et le fémur, examinés à l'extérieur ne semblent pas altérés. Ils ne sont point recouverts de stalactites osseuses.

Un trait de scie vertical antéro-postérieur pratiqué sur la ligne médiane du genou, a divisé les os avec beaucoup de facilité; le tissu de ces os a perdu une grande partie de sa consistance.

Le canal médullaire du tibia et celui du fémur sont élargis aux dépens de la couche compacte, dont l'épaisseur est diminuée. Le tissu spongieux de leur extrémité articulaire offre une raréfaction considérable.

Un fait remarquable que j'ai déjà plusieurs fois constaté, c'est que cette raréfaction du tissu spongieux est loin d'être uniforme. Elle est peu prononcée au voisinage même des surfaces articulaires; elle est extrême au contraire à 2 ou 3 centimètres de ces surfaces. Le passage entre ces deux états du tissu spongieux s'effectue d'une manière très brusque, suivant une ligne assez régulière qui correspond exactement à la ligne épiphysaire; seulement le cartilage épiphysaire est entièrement ossifié; à sa place on trouve une mince lame de tissu compacte qui en affecte rigoureusement la forme et la direction.

Il est rare que la démarcation entre l'épiphyse et la diaphyse disparaisse complètement, même dans l'âge le plus avancé. Les maladies la mettent quelquefois en évidence, mais je ne l'ai jamais vue aussi prononcée que dans le cas actuel. Cette particularité vient probablement de ce que l'ossification du cartilage épiphysaire s'est effectuée au milieu de conditions pathologiques; car l'affection articulaire a

débuté longtemps avant la soudure des épiphyses du genou, suture qui est, comme on le sait, la plus tardive de toutes.

Entre les surfaces articulaires et les lames osseuses épiphysaires que je viens de décrire, le tissu spongieux est peu raréfié; cependant il a perdu une partie de sa consistance; mais au delà de ces lames, la raréfaction est poussée très loin. Il suffit de presser légèrement avec l'ongle pour briser les lamelles osseuses. Nulle part la raréfaction n'est aussi grande que dans l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur. Là en effet, les lamelles du tissu spongieux sont résorbées en totalité, et il est résulté une cavité cylindrique, longue de plus de 4 centimètres, et occupant toute la largeur de l'os. C'est une sorte de canal médullaire accidentel, placé sur le prolongement du canal médullaire normal, mais séparé de lui par une masse considérable de tissu spongieux.

Le suc médullaire contenu dans ces cavités ne possédait qu'une faible consistance; il était d'un blanc jaunâtre, légèrement diaphane, et renfermait une grande quantité de sérosité. C'était une espèce d'œdème de l'os. En ces deux points cependant, la couleur jaune était remplacée par une teinte d'un rouge vif. C'était précisément dans les points où la raréfaction était à son maximum, c'est-à-dire au niveau de l'extrémité des diaphyses au contact de la lame osseuse épiphysaire. Là, en même temps, la consistance du suc médullaire était accrue. Le jet d'eau a emporté avec la plus grande facilité toutes les parties de ce suc qui présentaient la couleur jaune, et n'a pu entraîner les parties rouges. En examinant depuis ces dernières parties, nous avons vu qu'elles devaient leur coloration à de nombreux vaisseaux gonflés de sang.

Il y avait donc, dans les deux points que je viens d'indiquer, une inflammation de la substance médullaire des os.

J'arrive à l'articulation proprement dite.

La cavité articulaire n'est pas entièrement effacée. Des brides fibreuses unissent en certains points les surfaces articulaires. Ces brides flexibles, épaisses, longues d'environ un centimètre, permettent

encore une assez grande mobilité. Elles ne se rencontrent que dans l'articulation fémoro-rotulienne, et ne se prolongent point entre les surfaces condyliennes du tibia et du fémur.

Sur le fémur normal on aperçoit, à l'état frais sur la surface cartilagineuse, deux lignes obliques légèrement saillantes qui se dirigent en remontant du sommet de l'échancrure intercondylienne; vers la partie latérale des condyles du fémur. Les deux lignes divergentes interceptent un V largement ouvert. Toute la partie de la surface cartilagineuse du fémur qui est comprise entre les branches de ce V, constitue la trochlée fémorale et s'articule avec la rotule. Toute la partie qui est située au-dessous du V s'articule avec le tibia et constitue deux surfaces distinctes, qui séparent l'échancrure intercondylienne.

En réalité, par conséquent, trois surfaces articulaires se trouvent réunies sur l'extrémité inférieure du fémur; la séparation des surfaces opposées est plus marquée encore; la surface rotulienne est tout-à-fait indépendante du tibia, et les cavités glénoïdotibiales sont séparées l'une de l'autre par un intervalle de près de un centimètre, qu'occupe l'épine du tibia.

Il y a donc dans l'articulation du genou, trois articulations distinctes les unes des autres. Cette distinction est établie par l'inspection des surfaces articulaires; elle est confirmée par l'examen du ligament, et notamment des ligaments croisés; elle est mise hors de doute enfin par l'étude des mouvements, étude qui a été faite avec une remarquable précision par les frères Weber.

Eh bien, cette distinction, que l'anatomie n'établit que par le raisonnement, la pathologie l'a rendue évidente sur cette pièce. Les brides de notre ankylose fibreuse s'étendent exclusivement de la circonférence de la rotule à la circonférence de la surface trochléenne du fémur; l'articulation fémoro-rotulienne se trouve ainsi circonscrite de toutes parts, et par là même les articulations condyliennes se trouvent isolées l'une de l'autre; car elles ne communiquaient ensemble à l'état normal que par l'intermédiaire de la précédente.

Il y a donc trois cavités articulaires parfaitement indépendantes, qui se présentent avec des caractères bien différents.

L'articulation condylienne interne renferme un liquide flant, transparent, très semblable à la synovie. Les surfaces articulaires sont recouvertes de cartilages, mais de cartilages dépolis, érodés en certains points, simplement amincis en d'autres points. Au niveau des amincissements, la couche cartilagineuse est devenue transparente, et laisse voir la couleur rougeâtre de l'os; en quelques points elle est même réduit à une feuille d'une minceur excessive; mais on s'assure aisément que la surface de ces cartilages amincis est lisse et nullement déprimée, de telle sorte que la dimension d'épaisseur a dû se faire aux dépens des couches profondes du cartilage.

L'articulation condylienne externe ne renferme plus de cartilage; les surfaces osseuses sont en contact; mais elles n'ont subi aucune condensation de tissu; les cellules du tissu spongieux sont, pour ainsi dire, ouvertes et communiquent avec la cavité articulaire. Celle-ci est remplie de sang fluide et noirâtre.

Au point de vue des ligaments, les deux articulations condyliennes sont disposées d'une manière identique. Les ligaments périphériques et les ligaments croisés ont subi une hypertrophie considérable, et sont de plus manifestement raccourcis, surtout en arrière. Il en résulte une diminution très grande dans l'étendue des mouvements, eten particulier des mouvements d'extension. Les disques semilunaires sont encore très reconnaissables; mais ils sont dépolis, ramollis, et se laissent diviser et plier avec la plus grande facilité. Le point essentiel à constater, c'est que, dans les articulations condyliennes les surfaces opposées sont encore libres, et ne donnent implantation à aucune production fibreuse accidentelle.

Il n'en est pas de même de l'articulation fémoro-rotulienne, la partie centrale de la rotule et la partie centrale de la trochlée fémorale sont libres, recouvertes de cartilages, et lubrifiées par un liquide synovial; mais la partie marginale de ces surfaces articulaires donne de tous côtés, et dans une largeur de 15 millimètres, insertion à des adhérences fibreuses blanches, épaisses, continues et larges d'environ

4 centimètre. Il y a donc ankylose fibreuse véritable, mais partielle, de l'articulation de la rotule avec le fémur. C'est cette ankylose survenue pendant que le membre était en demi-flexion, qui a déterminé la raideur du genou, et donné lieu à la difformité permanente. La rétraction des ligaments latéraux et postérieurs n'a été que consécutive.

J'arrive au point le plus intéressant de cette observation. Les adhérences qui s'étendent circulairement de la rotule au fémur, s'implantent de toutes parts sur des surfaces qui sont à l'état normal recouvertes de cartilage. Lorsque la pièce nous fut présentée par M. Armand Moreau, M. Cruveilhier attira notre attention sur ce point; il pensa que l'adhérence s'opposait aux disparitions préalables des couches cartilagineuses. Suivant lui, le tissu cartilagineux privé de vitalité n'est pas susceptible d'adhésion; cette opinion ne fut point adoptée par votre rapporteur; un examen plus approfondi de la pièce parut indispensable, et donna lieu à la nomination d'une commission.

Nous avons d'abord étudié la pièce à l'œil nu. Nous avons vu qu'à environ 3 millimètres des surfaces osseuses, les brides fibreuses prennent un nouvel aspect et une nouvelle consistance. Semblables dans leur partie moyenne à la substance des ligaments, elles viennent par leurs deux extrémités s'implanter sur une couche blanche dont tous les caractères rappellent ceux du tissu cartilagineux. Cela ne suffit point pour arriver à une conclusion positive; on sait en effet que le tissu fibreux très condensé ressemble beaucoup au cartilage; le microscope seul est capable, dans certains cas, d'établir la distinction.

Nous avons donc procédé à l'examen microscopique. Nous avons pratiqué, au niveau de l'implantation des brides, des coupes perpendiculaires à la surface des os, et nous avons obtenu de minces tranches que nous avons placées sous le microscope.

Sur l'un des bords de la tranche, sur celui qui correspondait à l'os, nous avons trouvé du cartilage presque pur. Quelques fibres traversaient çà et là la gangue cartilagineuse, mais elles étaient en petit

nombre. Les cavités propres du cartilage n'étaient pas agrandies ; les corpuscules cartilagineux avaient subi une sorte de segmentation, et quelques cavités ne renfermaient même que des granules, c'est là ce que j'ai désigné sous le nom d'altération granuleuse des cavités du cartilage; cette altération se produit assez généralement dans les tumeurs blanches.

A mesure que nous faisons glisser la préparation sous le foyer du microscope, c'est-à-dire à mesure que nous nous rapprochons du bord opposé de la tranche, nous apercevons de nouvelles fibres de tissu fibreux ; cette apparition d'un élément nouveau n'influe en rien sur la disposition des cavités propres du cartilage; celles-ci conservaient exactement la même forme et les mêmes rapports. Enfin, sur le bord de la tranche, les fibres dominent de plus en plus, et les éléments du cartilage disparaissent d'une manière assez brusquée.

Ainsi donc, au niveau de l'implantation des brides de l'ankylos fibreuse, il y a fusion intime du tissu fibreux accidentel et du tissu cartilagineux primitif: votre commission a été unanime pour adopter cette conclusion.

Il n'est donc pas indispensable que les couches cartilagineuses soient exfoliées ou détruites pour que les surfaces articulaires puissent contracter des adhérences.

Ce résultat n'a rien de surprenant; nous savons aujourd'hui que les cartilages articulaires deviennent très fréquemment le siège de formations accidentelles de tissu fibreux; nous savons que les cartilages vivent d'une vie propre, qu'ils sont susceptibles de se prêter à plusieurs phénomènes pathologiques. Nous savons enfin que leurs plaies peuvent se cicatriser par l'intermédiaire d'un tissu fibreux qui s'implante sur les lèvres de la solution de continuité et se prolonge même dans la gangue du cartilage. Ce fait vous a été démontré depuis deux ans d'une manière surabondante. La pièce de M. Mondières et les deux pièces que je vous ai présentées nous ont permis de constater à trois reprises différentes le mécanisme de la cicatrisation des cartilages. Plusieurs expériences que j'ai faites sur les lapins il y a quelques mois m'ont donné des résultats identiques et m'ont montré que la réunion des plaies des cartilages est déjà solide au bout de six

semaines. Enfin M. Redfern vient de publier tout récemment dans le *Monthly journal* (septembre 1851), des expériences nouvelles qu'il a faites sur des chiens; il a presque constamment obtenu la réunion des plaies du cartilage; son mémoire renferme des faits intéressants. Il est à regretter seulement que cet auteur ne se soit pas éclairé par la lecture des Bulletins de la société anatomique pour l'année 1850, et pour les 8 premiers mois de l'année 1851.

15. M. Denucé présente une *hypertrophie mammaire partielle*. Cette tumeur pesant 750 grammes, provient d'une opération pratiquée en ville par M. Michon. La tumeur, dont le début remonte à une quinzaine d'années, était restée longtemps d'un volume médiocre; il y a quelques mois elle augmenta tout à coup, et cet accroissement de volume nécessita l'ablation. La tumeur fut enlevée facilement, les veines sous jacentes n'étaient pas dilatées: c'est à peine si l'on eut besoin de faire quelques ligatures artérielles. Cette production morbide se compose d'une masse irrégulière, mamelonnée, dure, blanchâtre à la coupe, ferme; les mamelons sont par places séparés par de petites cavités dans lesquelles on ne trouve pas les caractères des dilatations des canaux de la glande mammaire, mais uniquement ceux que M. Lebert a indiqués comme appartenant aux cavités interlobaires. Nulle part on ne rencontre aucun épanchement sanguin. L'élément fibreux est peu abondant, la tumeur étant presque uniquement formée d'hypertrophie des éléments glandulaires.

M. Denucé rappelle qu'il a montré il y a quelque temps à la société anatomique une tumeur du même genre; elle offrait pendant la vie un phénomène curieux, c'était des battements artériels profonds; les autres caractères de l'hypertrophie mammaire ne permettaient pas d'hésiter sur le diagnostic. Après l'opération on ne trouva ni dilatations vasculaires ni aucun épanchement sanguin.

16. M. Foucher montre un *pied bot* équin varus congénial, trouvé sur un homme 35 à 40 ans, mort dans un des services de l'hôpital de la Charité. Tout le déplacement semble se passer dans l'articulation tarsienne, l'astragale est fortement projeté en avant. Tous les muscles du pied et de la jambe sont sains; l'aponévrose plantaire n'est pas rétractée. Ce pied bot doit être regardé comme congénial.

17. *M. Rombeau* met sous les yeux de la société un *anus contrenature*, suite de péritonite, observé chez une jeune fille morte à l'hôpital des enfants malades (serv. de M. P. Guersant). Cette enfant, âgée de 14 ans, était entrée il y a un an dans le même hôpital, dans un service médical dirigé par M. Bouley; elle accusait alors des douleurs vives dans divers points de l'abdomen, l'hypogastre, les hypochondres et l'ombilic: on ne constatait aucun symptôme morbide du côté du tube digestif ou des poumons. Les accidents demeurèrent longtemps vagues, et ne permirent pas d'établir un diagnostic certain; on s'était arrêté en dernier lieu à une dysménorrhée. Cette jeune fille quitta l'hôpital; mais elle y revint au bout de quelques mois, portant au niveau de la région ombilicale une ouverture ronde, à bords rouges et un peu excoriés, qui livrait passage à des matières fécales jaunes et liquides; cependant une certaine quantité d'excréments continuait à être expulsée par les voies naturelles. La constitution générale présentait un dépérissement considérable; depuis 6 mois on avait vu se manifester les accidents d'une tuberculisation générale. M. P. Guersant, dans le service duquel la petite malade était entrée pour la dernière fois, tenta l'oblitération de l'anus contrenature par un procédé qui lui a déjà réussi plusieurs fois sous nos yeux dans des circonstances semblables; l'ouverture fut bouchée au moyen d'un pansement contentif et d'une couche de collodion. La petite malade succomba aux accidents de la tuberculisation générale peu de jours après le commencement du traitement: à l'autopsie on trouva les signes d'une péritonite chronique dans le bassin; les anses intestinales étaient réunies par des fausses membranes qui contenaient dans leur intervalle de petits foyers purulents; une collection de même nature existait dans le cul de sac recto-utérin. Nulle part, à ce niveau, il n'y avait de traces de perforation intestinale. Auprès de l'ombilic une des anses de l'intestin grêle s'ouvrait au dehors par une ouverture arrondie, n'interessant qu'un des bords du tube digestif. Dans son intérieur, on ne trouve rien qui ressemble à un éperon; il n'y a pas de dilatation de la partie de l'intestin située au-dessus de la perforation ou de retrait de la portion située au-dessous; les matiè-

res passent librement dans les deux bouts qui ont presque conservé leur calibre normal.

Cette disposition anatomique, dit M. Rombeau, prouve que chez l'enfant il suffira souvent, pour guérir cette infirmité, d'une occlusion de l'orifice sans recourir aux opérations graves que nécessitent dans les anus contre nature de l'adulte des dispositions anatomiques différentes signalées par les auteurs.

18. M. André présente une *méningite suppurée extra et intra-ventriculaire* trouvée sur le cadavre d'une femme morte 8 jours après l'accouchement. Cette malade fut apportée dans le service de M. Chomel à l'Hôtel-Dieu; elle présentait une fièvre intense, et un délire violent, qui dura jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de pus épanché dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien; la grande cavité de l'arachnoïde n'en renfermait pas; mais le même produit se rencontrait en grande abondance dans l'espace sous-arachnoïdien postérieur et dans les ventricules latéraux. Les membranes s'enlevaient de la surface des hémisphères, comme à l'état normal, la pulpe cérébrale était saine. L'état avancé de décomposition des pièces anatomiques ne permet pas, au moment où elles sont mises sous les yeux de la société, de constater les lésions mentionnées par M. André.

M. Barth. J'ai dit et prouvé depuis longtemps, que presque constamment le pus que des anatomistes peu attentifs ont signalé dans la grande cavité de l'arachnoïde existe en réalité dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien; néanmoins il existe aussi une méningite caractérisée par le dépôt de pus dans la cavité de la membrane séreuse; elle est beaucoup plus rare et le plus souvent d'origine traumatique.

19. M. Fano met sous les yeux de la société un exemple d'*imperforation de l'anus* avec oblitération ou absence de l'extrémité inférieure du rectum. Le rectum se terminait en cul de sac au niveau de la prostate, et était distendu par du méconium en grande abondance, il comprimait les artères et avait déterminé une accumulation considérable d'urine dans leur intérieur et dans le bassin.

20. M. Leudet montre plusieurs pièces: *une induration des val-*

valves aortiques. L'ouverture de l'aorte est considérablement rétrécie, pouvant à peine admettre l'extrémité d'une plume à écrire. Les valves inflexibles, recouvertes de saillies ossiformes, permettaient le reflux du sang. Pendant la vie outre les signes habituels de rétrécissement et d'insuffisance aortique, bruit de souffle au premier temps, se prolongeant dans les vaisseaux ayant son maximum sur le trajet de l'aorte et bruit de souffle au deuxième temps, et à la pointe; on entendait au moment de la systole un bruit musical à timbre aigu qui retentissait dans tout le thorax. Ce fait est en rapport avec ce que les auteurs ont publié sur les causes des bruits musicaux; c'est une rigidité marquée des valves; de plus il existe ici comme presque toujours par altération de l'orifice de l'aorte. Le ventricule gauche était hypertrophié; la valvule mitrale présentait un seul petit noyau ossiforme; elle n'était pas insuffisante. L'altération, si intense sur les valves sigmoïdes de l'aorte ne se propageait pas sur le trajet de ce vaisseau; les membranes interne et moyenne étaient saines.

21. *Une fausse membrane d'un demi centimètre d'épaisseur fibreuse, nacréée, qui recouvrait un foie cancéreux.*

22. *Deux larynx* montrant à des degrés différents les lésions de la *phthisis laryngée*. Sur l'un, toute la muqueuse du larynx est irrégulière, criblée de petites ulcérations ovalaires, épaissie et laissant à nu au niveau de la réunion antérieure des cordes vocales l'angle rentrant du cartilage thyroïde ossifié; sur l'autre larynx, les lésions sont moins avancées, les cordes vocales sont le siège de plusieurs ulcérations qui existent également à la face inférieure de l'épiglotte et dans la trachée.

23. *M. Foucher* présente une *petite concrétion du volume* et de la forme d'un grain de froment jaunâtre, ferme et constituée par un amas de matière comme grumelleuse, développée dans l'épaisseur des fibres du muscle droit antérieur de la cuisse, au niveau de son tiers inférieur. J'avais cru d'abord, dit M. Foucher, avoir ici sous les yeux un phlébolithe, mais j'ai en vain recherché une veine.

24. *M. Rombeau* montre un diverticulum de l'intestin grêle constitué par toutes les tuniques de cette partie du tube digestif de quatre centimètres environ de longueur, et pouvant admettre le pouce; il est

situé à un pied environ au-dessus de la valvule iléocœcale auprès de laquelle on retrouve l'appendice vermiculaire conformé comme à l'état normal. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un adulte.

M. Broca. Chez le fœtus dont j'ai montré l'intestin dans le courant de ce mois, le diverticulum, complètement analogue à celui-ci, était placé à huit pouces au-dessus de la valvule iléocœcale ; ces diverticulum sont, du reste, beaucoup plus fréquents chez le fœtus que chez l'adulte, ce qui me ferait croire qu'ils s'effacent avec l'âge.

M. Verneuil. Je ne partage pas cette dernière opinion de *M. Broca*, et je ne pourrais même pas dire si ces diverticulum sont plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte ; à propos de ces faits, j'en mentionnerai un plus curieux encore, que j'ai eu l'occasion de voir l'an dernier sur le cadavre d'un enfant nouveau-né. Un diverticulum placé sur l'intestin grêle à peu près à un pied de la valvule iléocœcale, était fixé à l'ombilic par un tractus fibreux dans lequel on distinguait manifestement un petit canal artériel distendu par l'injection dont on avait rempli les vaisseaux du sujet ; c'était sans doute la veine omphalomésentérique.

M. Leudet. J'ai ouvert un assez grand nombre d'intestins de sujets adultes, et une seule fois j'ai trouvé un diverticulum situé à peu près à la même place.

M. W. King a rapporté (*Guy's hosp. reports*, octobre 1845, analysé dans les *Archives générales de médecine*, série IV, volume 4 page 225.) deux faits intéressants. Ces diverticulum s'ouvraient à l'ombilic, et communiquaient avec l'intestin grêle, à un peu plus d'un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Ils avaient donné lieu à une fistule stercorale à l'ombilic. Ces faits ont été observés sur deux enfants, l'un âgé de 8 jours, l'autre de 4 mois. L'auteur attribue la lésion qu'il décrit à la trace de la communication de la vésicule ombilicale avec l'intestin pendant les premiers temps de la vie intra-utérine.

M. Denucé rapporte en 1847 avoir fait à l'hôpital Sainte-Marguerite l'ouverture d'un homme qui succomba avec les accidents d'une péritonite. A l'autopsie on trouva que la rupture de l'intestin était due à un noyau de cerise qui avait pénétré dans un diverticulum complètement analogue à ceux dont il est ici question et qui avait ulcéré son fond.

25. M. Rombeau montre en outre une *fracture du crâne*, S., âgé de 6 ans et demi, est apporté le 23 juillet 1851 à l'hôpital des enfants malades (serv. de M. Guersant). Il était tombé dans la matinée, d'un entresol dans la rue, la tête frappant sur le pavé. Lors de l'entrée du petit malade à l'hôpital, la région temporale gauche était ecchymosée; à ce niveau, on sentait par le toucher un enfoncement d'un fragment osseux assez étendu. Les deux paupières gauches étaient bleuâtres, l'œil non injecté. Un peu de sang s'était écoulé par le nez; l'oreille gauche donnait également écoulement à une petite quantité de ce liquide; rien ne s'écoulait de l'oreille droite. L'enfant était plongé dans le coma, de sorte qu'il était fort difficile d'apprécier s'il existait une paralysie du mouvement; la peau paraissait insensible sous l'influence des irritants externes; le regard était fixe, immobile. La respiration très fréquente était stertoreuse. Une saignée générale fut pratiquée; des sangsues placées derrière l'oreille gauche; enfin on administra de l'émétique en lavage. Un peu de sang, mêlé à des matières alimentaires, fut rendu par les vomissements; l'enfant articula quelques mots, mais le plus souvent il poussait uniquement quelques gémissements sans paroles distinctes. Dans la journée, le coma augmenta; quelques convulsions se manifestèrent, et le malade succomba à 8 heures et demie du soir: à l'autopsie, on trouva une ecchymose profonde du cuir chevelu dans la région temporale gauche. Aucun épanchement de sang n'avait eu lieu dans la boîte crânienne, le cerveau était seulement taché sur l'hémisphère droit comme le gauche, de quelques ecchymoses siégeant dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien, nulle part de déchirure des membranes; la pulpe cérébrale était saine. Près de son angle inférieur, le temporal gauche présentait un fragment enfoncé vers l'intérieur du crâne de quelques millimètres; de là partaient deux fêlures s'arrêtant à peu de distance, puis deux autres dirigées en bas, formant des solutions de continuité complètes; l'une de ces fractures s'arrêtait à l'orbite, l'autre suivait le rocher à gauche, le détachait du sphénoïde, le fracturant transversalement, séparait le corps du sphénoïde de l'os basilaire, les deux apophyses clinoides gauches du corps du sphénoïde, et s'étendait jusque sur le rocher du côté droit. Les articulations des os de la face étaient mobiles.

M. Houel fait remarquer que dans cette fracture longitudinale du rocher, comme dans deux des trois autres pièces semblables que possède le Musée Dupuytren, la cause de fracture a porté dans la région temporale. Dans ce cas, la fracture du sphénoïde est située un peu en avant du lieu qu'elle occupe dans les autres pièces.

M. Broca. La fracture du rocher gauche qui a donné lieu pendant la vie à l'écoulement de sang par l'oreille est complètement identiques à telles que MM. Gosselin et Bauchet ont déterminée en frappant sur la fosse temporale des cadavres. J'attirerai l'attention de la Société sur un autre point curieux de cette observation, c'est l'absence d'épanchement sanguin intracrânien, quoique les symptômes de compression aient existé à un degré très marqué.

26. M. Verneuil présente deux reins dont l'un offre des *cavités kystiques* en assez grand nombre, et l'autre des *calculs*. Les cavités kystiques situées dans l'un des reins font saillie à la surface de l'organe ; elles contiennent un liquide opalin, jaunâtre, comme gélatineux assez consistant ; ailleurs la matière contenue est encore plus ferme ; cette lésion, dit M. Verneuil, a été par erreur attribuée à la maladie de Bright. Les calculs contenus dans les cavités de l'autre rein sont noirâtres, assez irréguliers, rugueux à la surface.

M. Lebert. La lésion que nous avons ici sous les yeux est simplement un développement de kystes qui n'a aucune analogie avec la maladie de Bright dans laquelle on trouve très rarement des kystes dans les reins. L'affection kysteuse dont nous avons ici un exemple peut être assez étendue pour former un grand nombre de locules comparables à la maladie kysteuse des ovaires.

27. M. Depaul communique deux observations de *penphigus* chez un nouveau né issu de parents *syphilitiques*. Depuis 1857, dit-il, je me suis constamment occupé des manifestations de la syphilis chez les enfants nouveau-nés ; j'ai publié à ce sujet un mémoire qui a donné lieu à une discussion à l'Académie de Médecine et à la présentation de plusieurs pièces dans la Société anatomique (Vide bulletin d'octobre 1851). Un médecin de Florence, M. le Dr Galligo, qui a publié un ouvrage sur la syphilis, m'a fait connaître

par une lettre la relation de deux nouveaux cas qui viennent à l'appui des opinions que j'ai émises. En voici le résumé :

1^{re} observ.—C. B., âgée de 34 ans, mariée, femme d'un tempérament lymphatique et bilieux, d'une bonne constitution, contracta à l'âge de 26 ans, une affection syphilitique. Elle eut ensuite deux enfants nés l'un et l'autre à 6 mois de grossesse et qui présentaient, au dire de la mère, des pustules et des ulcérations de la peau ; plus tard elle vit se développer elle-même, au niveau des parties génitales externes des ulcérations qu'elle ne crut pas être de nature syphilitique et qui disparurent sous l'influence de symples lotions. En 1849, étant enceinte de nouveau, elle consulta le Dr Galligo pour les accidents suivants : douleurs de gorge, ulcérations des amygdales, plaques rouges de la peau entourées d'un cercle cuivré. On administra deux quarts de grain de sublimé à l'intérieur, et on fit faire des frictions avec la pommade mercurielle, à la face interne des cuisses. Au bout d'un mois, les accidents syphilitiques avaient disparu ; à cette époque elle accoucha à huit mois de grossesse d'un fœtus sain, qui, un mois après la naissance, présenta des bulles manifestes de pemphigus du volume d'une noisette aux fesses, aux cuisses et aux pieds ; elles contenaient une sérosité purulente et recouvraient des ulcérations du derme ; de plus, il existait des ulcérations au nez et à la bouche de l'enfant. Provisoirement on fit prendre à l'enfant, au moyen de l'allaitement artificiel, un huitième de grain de sublimé dissous dans du lait ; au bout de quinze jours la bouche de l'enfant étant guérie, on reprit l'allaitement naturel, faisant prendre à la mère progressivement jusqu'à un quart de grain ; de la charpie trempée dans une solution de sublimé fut appliquée sur les ulcérations de la peau de l'enfant. La guérison fut complète.

2^e observ. — Une femme âgée de 22 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste, atteinte plusieurs fois d'accidents syphilitiques primitifs et constitutionnels, était accouchée antérieurement à 5 mois de grossesse d'une fille couverte de taches. Près d'accoucher une deuxième fois, elle consulta le Dr Galligo ; elle portait à cette époque des croûtes d'ecthyma syphilitique manifeste, avec des

taches cuivrées. On lui ordonne un quart de grain de sublimé et des frictions mercurielles à la face interne des cuisses. Presque à terme de sa grossesse, elle accoucha d'un enfant présentant des ulcérations aux orteils, des bulles de pemphigus aux mains et aux pieds. Après un mois de traitement que je fis faire à la mère, l'enfant était allaité par elle; on obtint la guérison chez la mère et l'enfant.

Ces deux faits communiqués par un confrère étranger, prouvent, dit M. Depaul, que notre opinion ne compte pas des partisans en France seulement. Depuis trois semaines j'ai pu recueillir trois nouveaux faits de pemphigus liés à des accidents syphilitiques chez les parents. Il y a en ce moment à la Clinique d'accouchements de la Faculté un enfant dont l'affection cutanée offre de l'intérêt; né d'une mère qui ne présente actuellement aucune manifestation syphilitique, cet enfant présentait, au moment de la naissance, une affection ecthymateuse de la peau, que M. Ricord, auquel il fut présenté n'hésita pas à reconnaître pour syphilitique. Le lendemain de la naissance, on a vu se développer en outre aux mains et aux pieds des bulles de pemphigus.

M. Desruelles communique le fait suivant :

Une femme est accouchée il y a quelque temps à l'hôpital St Louis d'un enfant mort né qui présentait aux mains et aux pieds des bulles manifestes de pemphigus. A l'autopsie du fœtus on trouva les lésions du foie et du poumon rapportées à la syphilis congénitale. Le foie était d'un vert olive parcouru par des stries. Je priai M. Gubler, chargé momentanément d'un service à l'hôpital St Louis, d'examiner ce foie; il me déclara qu'après l'avoir étudié, il y avait reconnu tous les caractères décrits par lui dans le foie des enfants nés de parents syphilitiques. Le poumon renfermait des masses jaunâtres assez dures comme grumeleuses, s'énucléant facilement du poumon, ne ressemblant pas à des tubercules, et dont je n'ai pu faire un examen plus détaillé. La mère assurait n'avoir jamais été atteinte de syphilis; mais en examinant ses organes génitaux externes, j'ai trouvé autour de l'ouverture de l'anus et de la vulve des traces manifestes de plaques muqueuses.

M. Lebert présente deux pièces :

28 *Une tumeur fibro-colloïde avec productions kysteuses développée dans un testicule.* Je dois cette pièce à l'obligeance de M. Huguiet. Cette tumeur est formée par trois masses, l'une qui correspond au testicule, l'autre à l'épididyme, la troisième enfin à des débris de la tunique vaginale épaissie. Le corps du testicule offre une structure lobulée très marquée, il contient plusieurs kystes dont quelques uns rapprochés de sa surface extérieure. Près de l'épididyme, on rencontre dans le testicule un tissu comme gélatiniforme, fibro-colloïde, matière épaisse non cancéreuse; ailleurs la vascularité du testicule est manifestement augmentée; plus loin il est le siège d'épanchements apoplectiformes. Les kystes renferment un liquide poisseux, analogue par places à du pus, mais qui n'en est pas, comme le démontre l'examen microscopique. On trouvait dans le tissu d'apparence colloïde, des éléments fibroplastiques, fibreux, puis des corps fusiformes. Le tissu qui forme le parenchyme même de la glande est sec, et ne fournit pas, par le grattage et la pression, de suc cancéreux; de plus, ces kystes sont rares dans le cancer; quelques lobules de la glande sont conservés, mais on ne retrouve presque plus de tubes séminifères; encore ces tubes sont-ils tous altérés dans leur forme et leur structure. Je signalerai encore un point intéressant de cette pièce: là où la vascularité de la glande est augmentée, j'ai trouvé dans les vaisseaux une foule de petites dilatations comme anévrysmatiques, signalées déjà par des anatomo-pathologistes allemands dans les vaisseaux des parties enflammées. Cette pièce est donc un exemple d'hypertrophie fausse de la glande séminale.

M. Broca. M. Lebert vient de dire qu'il n'existe pas de kyste dans les tumeurs cancéreuses; cela est rare, il est vrai; mais la science en renferme des exemples; Peyrille en cite un cas, j'en ai moi-même vu un autre. Un jeune homme était entré dans le service de M. Nélaton portant une tumeur fluctuante de la face interne d'une cuisse. Un trocart plongé dans son intérieur donna issue à une grande quantité de liquide transparent, incolore; les progrès de la tumeur forcèrent à pratiquer la désarticulation de la cuisse; j'ai eu alors la pièce entre les mains et j'ai pu me convaincre que c'était bien une tumeur

cancéreuse. J'ajouterai qu'il est rare de rencontrer du pus dans le cancer; je n'en ai vu qu'un seul cas.

M. *Lebert*. J'ais seulement voulu dire que je n'avais point rencontré de kystes dans le cancer du testicule; j'en ai vu plusieurs dans les cancers de la mamelle; quant à l'existence de la suppuration dans le cancer, elle est rare; elle se rencontrait sur une pièce que je présentai il y a une dizaine d'année à la Société anatomique.

M. *Fano*. J'ai montré en 1845 à la Société anatomique une tumeur encéphaloïde cancéreuse du testicule enlevée à l'Hôtel-Dieu par M. Chassaignac; la tumeur contenait un grand nombre de kystes. M. Desormeaux s'est assuré au moyen du microscope que la tumeur était réellement cancéreuse.

39. M. *Lebert* montre en outre un *testicule tuberculeux* enlevé par M. Ricord. La tuberculisation est plus avancée et plus grave dans l'épididyme que dans le corps du testicule; on y trouve même plusieurs tubercules ramollis. La glande séminale offre un état lobulé remarquable; beaucoup d'éminences sont formées il est vrai par de petits tubercules; mais dans d'autres il reste uniquement une hypertrophie; cela ne veut pas dire, comme on l'admet en général, qu'il y ait augmentation dans les tissus normaux de la glande, au contraire, les tubes spermatiques sont rares et tous altérés dans leur forme; à l'intérieur on ne trouve point de spermatozoïdes; mais il existe d'autre part un grand nombre d'éléments fibroplastiques ou fibreux.

Les deux pièces que je viens de mettre sous vos yeux sont, dit M. *Lebert*, deux exemples de fausse hypertrophie, c'est-à-dire d'un ordre de lésions qui jusqu'ici a été très incomplètement étudié.

50. M. *Fano* présente une anomalie musculaire. C'est un muscle qui s'insère d'une part au tiers inférieur de la face antérieure du radius et se fixe en bas par un tendon à l'os trapèze. Un filet du nerf interosseux se rendait à ce muscle qui ne se retrouvait qu'à un des membres supérieurs.

51. M. *Broca* montre des *tubercules crétacés nombreux développés dans l'épididyme et le canal déférent*. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un homme de 55 à 60 ans. Les poumons étaient sains et ne renfermaient pas de tubercules. Dans l'épaisseur de l'épididyme existait une petite concrétion dure, faisant saillie sous la séreuse vagi-

nale. Le cordon était moniliforme extérieurement, contenant de petites tumeurs blanchâtres, arrondies, l'une du volume d'une noisette, les autres d'un pois, que je crus d'abord être des phlébolithes; mais un examen plus attentif peut convaincre que ces masses crétacées sont contenues dans l'épaisseur du cordon qu'elles oblitèrent complètement sans cependant donner lieu à des dilatations kystiques. Ces masses, que je crois être des tubercules crétacés, s'échelonnaient jusqu'à la tête de l'épididyme. La structure du testicule était conservée; on distinguait les tubes spermatiques, mais point les spermatozoaires; il faut ajouter ici que l'examen microscopique a été fait plusieurs jours après la mort. La prostate ne renferme qu'un seul tubercule crétacé. Les vésicules séminales étaient atrophiées; l'une d'elles contenait une petite masse tuberculeuse crétacée. Ce sujet présentait en outre un développement considérable du pénis qui avait huit pouces de long; de plus dans chaque aine deux hernies graisseuses.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXVI^e ANNÉE

BULLETIN N^o 12. DÉCEMBRE 1851.

RÉDIGÉ

Par M. LEUDET, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux.*—Absès du cerveau. — 2, 3. Pièces relatives à la prétendue transformation fibreuse des muscles. — 4. Pieds bots consécutifs à l'altération graisseuse primitive et spontanée des muscles de la jambe et du pied. — 5. Rupture du cœur. — 6. Ostéomyélite. — 7. Fracture incomplètement consolidée du fémur. — 8. Kyste de l'ovaire. — 9. Cancer de l'estomac. — 10. Kyste séreux de l'épididyme. — 11. Pied bot consécutif à l'altération graisseuse des muscles. — 12. Tumeur érectile. — 13. Kystes hydatiques du foie. — 14. Cancer atrophique du sein. — 15. Hernie ombilicale avec plaie pénétrante de l'abdomen et lésion des intestins. — 16. Fracture du radius par arme à feu avec déchirure des artères humérale et cubitale. — 17, 18. Fracture du fémur par arme à feu. — 19. Cancer de la vessie. — 20. Ostéite. — 21. Carie du rachis.
- B. Cancer colloïde du sein, des glandes axillaires, du médiastin, des plèvres, des poumons. Observation par M. Lebert.
- C. Extrait du rapport de M. Verneuil sur l'observation précédente.
- Compte rendu des travaux de la société anatomique pour l'année 1851, par M. LEUDET.
- Éloge de Stuart Cooper, par M. Blain des Cormiers.

Extrait des procès verbaux des séances de la société anatomique.
Présidence de M. **CRUVEILLIER**.

4. *M. Labric montre des abcès du cerveau.* Une femme âgée de 40 ans entre le 24 octobre 1851 à l'hôpital de la Pitié (serv. de M. Nonat). D'une faible constitution, encore bien réglée, ne présentant aucun symptôme morbide du côté des poumons ou du cœur, elle annonce avoir ressenti depuis 2 à 3 mois un malaise constant, accompagné d'un violent mal de tête et de perte de l'appétit; au moment de l'entrée à l'hôpital on constata un léger mouvement fébrile, un enduit blanchâtre de la langue sans envies de vomir puis des douleurs de tête intenses. Le 25 octobre, on pratiqua une saignée au bras et on administra une bouteille d'eau de Sedlitz. La céphalalgie persista néanmoins, s'accompagnant d'un peu de fièvre et de rougeur de la face. Les jours suivants deux nouvelles saignées du bras furent faites, et 20 sangsues appliquées derrière les oreilles. Le 31 octobre, on constata une paralysie du nerf moteur oculaire commun avec chute de la paupière supérieure et paralysie du nerf moteur oculaire externe. La pupille gauche était dilatée et fixe depuis plusieurs jours, la vue n'était pas altérée, les membres non paralysés, l'intelligence intacte. On continua les émissions sanguines, on appliqua de la glace sur la tête, et on administra deux pilules d'huile de croton d'une goutte chaque. A la suite de ce traitement, la malade accusait un peu de soulagement; le pouls était encore fréquent, l'intelligence nette, mais il existait une somnolence presque constante. La paupière et l'œil gauche demeuraient dans le même état sans aucun autre phénomène de paralysie. Le 5 novembre la bouche commença à se dévier à droite, annonçant ainsi une paralysie des muscles du côté gauche de la face. Le 8 novembre l'intelligence était plus obtuse, la somnolence plus marquée; le bras gauche était complètement paralysé du sentiment et du mouvement, la sensibilité moindre à la jambe du même côté qu'à droite, les mouvements moins étendus. Le lendemain la paralysie était complète dans tout le côté gauche du corps. Le 12 novembre on mit un séton à la nuque, la malade en éprouva peu de soulagement. Jusqu'au 27 novembre, jour de la mort, on vit persister la paralysie du côté gauche du corps sans aucune contrac-

ture, l'intelligence s'affaiblit de plus en plus, la malade demeurant plongée dans un coma presque continu, interrompu seulement par quelques cris. Trois jours avant la mort, le pouls était devenu plus fréquent et plus développé, la face plus rouge, on avait alors appliqué 12 sangsues derrière chaque oreille.

Autopsie. En enlevant le cerveau de la boîte crânienne, on voit que les deux feuillets de l'arachnoïde adhèrent l'un à l'autre au niveau de la scissure de Sylvius du côté droit. Le lobe moyen présente à sa partie antérieure une mollesse considérable, se déchire dans une étendue très limitée et laisse écouler un pus verdâtre, épais. La pie-mère et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien présentent un épaissement considérable avec infiltration purulente entre leurs mailles au niveau de la protubérance, et en avant entre les pédoncules cérébraux. On trouve dans le lobe moyen droit du cerveau, près de la scissure de Sylvius, un abcès du volume d'une noix. Près de la scissure également, on trouve dans le lobe antérieur droit un autre abcès, contenant, comme le premier, un pus verdâtre épais, il avait la capacité d'une noisette. Les ventricules du cerveau n'offraient rien d'anormal; le corps strié droit était ramolli dans toute son étendue et contenait dans sa partie la plus inférieure, se rapprochant de la scissure de Sylvius, un petit foyer gros comme une noisette contenant également du pus. Les parois de ces foyers étaient formées par une membrane blanchâtre parsemée de quelques vaisseaux. Le parenchyme cérébral périphérique était sain. On ne rencontrait rien d'anormal dans l'hémisphère gauche, le cervelet, les méninges ou les os du crâne. Les cavités thoraciques et abdominales n'ont pas été ouvertes.

2. *M. Broca* présente deux pièces relatives à la prétendue *transformation fibreuse des muscles*.

La 1^{re} est un muscle biceps trouvé dans le cabinet de M. Follin sur le cadavre d'un homme adulte. La partie inférieure de ce muscle et la courte portion sont d'un beau rouge; la longue portion, au contraire, ne possède plus de fibres musculaires. A peine plus grosse que le tendon qui lui fait suite, et constituée par une masse d'un blanc jaunâtre mêlée de graisse et de tissu fibreux, cette longue portion renferme dans sa partie moyenne, une espèce de noyau du

volume d'une amande, dur, blanc, manifestement fibreux. C'est là une tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur d'un muscle, la présence de cette tumeur paraît avoir déterminé l'atrophie des fibres musculaires environnantes. M. Deville, qui a vu la pièce, pense que cette altération est de nature syphilitique. M. Broca n'est pas éloigné de le croire aussi.

En tous cas, continue le présentateur, voilà enfin un exemple de tissu fibreux accidentel développé dans un muscle. C'est le seul cas de ce genre que j'aie vu; j'admets donc que les muscles peuvent être le siège d'une production fibreuse; mais est-ce là ce que M. J. Guérin décrit sous le nom vicieux de *Transformation fibreuse des muscles*? Nullement, car ce biceps n'est pas rétracté, et de plus, le tissu fibreux accidentel se présente sous la forme d'une tumeur circonscrite énucléable, semblable jusqu'à un certain point aux tumeurs fibreuses de l'utérus.

5. La seconde pièce de M. Broca se rapproche davantage des muscles soi-disant fibreux de M. J. Guérin. C'est le grand pectoral d'une femme jeune encore, livrée aux dissections dans le cabinet de M. Follin. Dans le tiers externe de ce muscle, les fibres musculaires ont disparu; à leur place on trouve un large plan fibreux qui d'une part se continue avec le tendon, et qui d'une autre part reçoit l'insertion des fibres musculaires. Il semble donc que le muscle ait subi la transformation fibreuse dans son tiers externe; il n'en est rien cependant.

Le petit pectoral, le deltoïde et le coraco-brachial du même côté sont pâles, atrophisés, et en grande partie graisseux.

La même atrophie graisseuse existe à un haut degré sur la partie non fibreuse du muscle grand pectoral. On y retrouve à peine çà et là quelques fibres musculaires décolorées, au milieu de larges stries graisseuses. Le muscle, dans toute son étendue est tellement atrophié qu'il est devenu transparent; son épaisseur ne dépasse pas trois millimètres. On retrouve encore sur ses deux faces la mince couche cellulo-fibreuse qui constitue l'enveloppe normale du muscle.

Au niveau de la portion fibreuse, l'épaisseur des muscles cesse d'être uniforme. On y aperçoit en premier lieu, comme dans la por-

tion précédente les deux feuillets de l'aponévrose d'enveloppe. Entre ces deux feuillets, on voit des fibres épaisses nacrées, divergentes, qui ne sont autre chose que les expansions tendineuses intra-musculaires et normales du muscle, et qui, se juxtaposant de plus en plus de dedans en dehors, vont constituer le tendon du grand pectoral. On sait que ce tendon, à l'état normal, ne s'arrête pas brusquement sur les limites du muscle, mais qu'il se prolonge dans son intérieur, au milieu des fibres musculaires. Sur cette pièce, les fibres musculaires ont été atrophiées dans toute leur étendue; l'atrophie n'est pas encore complète dans les deux tiers internes, mais elle l'est dans le tiers externe, et le muscle, privé de ses fibres propres, s'y trouve pour ainsi dire réduit à son squelette fibreux.

Il n'y a donc ni transformation fibreuse, ni substitution d'un tissu fibreux accidentel au tissu musculaire. Il y a simple atrophie, simple disparition des fibres propres du muscle. Celui-ci n'est ni raccourci ni rétracté.

On aperçoit encore au niveau de la portion fibreuse quelques stries graisseuses, qui sont l'indice du travail pathologique précédemment décrit. Lorsque les pièces de ce genre séjournent pendant longtemps dans l'alcool, les stries graisseuses finissent par se dissoudre, et beaucoup de muscles graisseux finissent par paraître fibreux, c'est ce qui explique pourquoi il y a tant de muscles fibreux dans les musées.

M. Giraudeau. Je pense, comme M. Broca, que les prétendues transformations fibreuses ne sont qu'apparentes; qu'elles sont dues à la disparition des fibres propres du muscle, et à la conservation du tissu fibreux normal de l'organe. M. Jules Guérin a commis une erreur sur cette question pour n'avoir pas suffisamment réfléchi à la structure normale des muscles, et pour avoir ignoré en particulier l'existence de ces gaines celluleuses qui enveloppent chaque fibre musculaire, et que les Anglais désignent sous le nom de *Sarcolemma*.

4. *M. Broca* présente ensuite un nouvel exemple de *pièdes bots consécutifs à l'altération graisseuse spontanée et primitive des muscles de la jambe et du pied*. Voici la description qu'en donne le présentateur :

« Ces pièces, que je dois à l'obligeance de M. Deville, proviennent d'une femme âgée d'environ 50 ans, livrée aux manœuvres opératoires dans les pavillons de l'école pratique.

« Cette femme présentait un double pied bot équin légèrement varus. La déformation était peu considérable; elle se trahissait par une légère torsion du pied, par un peu d'exagération de la voûture normale, et par une faible élévation du talon. L'existence des pieds bots devenait surtout manifeste lorsqu'on s'efforçait de mouvoir les articulations du tarse; ces articulations étaient devenues très raides, le redressement du pied était impossible; mais les tentatives de redressement ne donnaient lieu à aucune saillie tendineuse. Le volume des jambes n'était pas diminué; leur forme n'était pas altérée; le mollet, en particulier, n'était ni plus élevé ni plus court qu'à l'état normal.

« L'existence d'une double déformation, parfaitement semblable à droite et à gauche, semblait indiquer une lésion congénitale. Toutefois je remarquai : 1° que la pointe du pied n'était pas déviée en dedans, comme cela a lieu ordinairement dans les pieds bots varus congéniaux qu'on observe chez l'adulte; 2° qu'il n'existait aucune corde tendineuse; 3° qu'il n'y avait aucune altération dans le volume ni dans la forme de la jambe. Ces considérations me portèrent à admettre, en l'absence de tout renseignement, que les pieds bots n'étaient pas congéniaux.

« Je crus donc pouvoir rapporter cette double déviation des pieds à l'altération graisseuse progressive des muscles, affection dont j'ai déjà montré plusieurs exemples à la société, et dont j'ai démontré l'influence sur la production des pieds bots (Voyez plus haut dans ce volume, p. 50 à 63.). Je portai ce diagnostic d'après la simple inspection du cadavre, avant toute dissection, et je priai M. Deville de vouloir bien conserver la pièce que je vous présente aujourd'hui.

« La peau de ces deux membres inférieurs est doublée d'une épaisse couche de graisse, de larges plans graisseux occupent les espaces intermusculaires, il y a même de larges couches adipeuses sous le périoste du tibia; l'embonpoint est beaucoup plus prononcé sur les membres inférieurs que sur le reste du corps.

« Cela posé, un grand nombre de muscles du pied, de la jambe, de la cuisse et même de la hanche, ont subi l'altération graisseuse ; celle-ci est d'autant plus prononcée que les muscles sont situés plus bas. Ainsi les muscles du pied sont presque complètement graisseux ; ceux de la jambe le sont beaucoup moins, ceux de la cuisse le sont moins encore ; à la hanche enfin les muscles petit et moyen fessier sont seul altérés.

1. « La distribution de l'altération graisseuse est aussi irrégulière dans le cas actuel que dans ceux que je vous ai déjà présentés. Certains muscles sont profondément désorganisés, tandis que leurs voisins sont encore en grande partie musculaires. Sur la jambe droite, par exemple, le soléaire est entièrement graisseux ; le jumeau interne ne l'est qu'à moitié, l'externe ne l'est pas du tout. De même, les deux jambiers antérieurs sont à peu près complètement graisseux, tandis que les extenseurs sont à peine parcourus par quelques stries graisseuses. A la cuisse, enfin, le couturier, le droit interne et le biceps sont seuls désorganisés du côté droit ; tandis que du côté gauche les seuls muscles altérés sont le couturier, le vaste externe et le demi tendineux. Plusieurs autres muscles de chaque cuisse sont pâles, mais non encore graisseux ; les deux droits antérieurs et le grand abducteur du côté gauche ont seuls conservé leur coloration normale. Je constate surtout que l'altération graisseuse des muscles ne s'accompagne d'aucune diminution de volume, d'aucun changement de forme.

« Je ne reproduirai pas les arguments que j'ai déjà exposés ailleurs (Voir plus haut, p. 58), pour établir que dans les cas de ce genre l'altération graisseuse précède l'apparition des pieds-bots, et détermine leur formation. Survenant progressivement, à des époques successives, dans les divers muscles de la jambe et du pied, elle détruit l'égalité des puissances antagonistes, et donne lieu, *par suite de la marche, ou de la station*, à une déviation qui devient définitive.

« J'ajouterai une seule considération. Cette altération musculaire n'a pas pour siège exclusif les membres inférieurs. Les malades dont

M. Aran a rapporté l'histoire ne présentaient cette altération que sur les membres supérieurs. Lorsqu'il en est ainsi, il ne se produit aucune difformité permanente, parce que les fonctions des membres thoraciques ne les exposent pas à supporter le poids du corps.

« Il n'en est pas de même lorsque l'altération graisseuse occupe les membres inférieurs. La marche et la station déterminent la déviation des pieds. Mais pour que ce phénomène se produise, il est indispensable que le malade continue à marcher, à partir du moment où les muscles du pied et de la jambe sont irrégulièrement altérés. Si, par une cause quelconque, le malade garde le lit, la déviation des pieds ne se produit pas.

« Cette assertion est établie sur l'observation d'un fait que je dois à l'obligeance de M. Beraud, et dont mon collègue a, je crois, entretenu la Société de Biologie. Une femme, d'environ 50 ans, présentait une altération graisseuse des muscles sur les deux membres inférieurs; il n'y avait pas de pied bot, mais, en examinant les pièces, je reconnus la cause de cette particularité. Les muscles de la hanche et la masse sacro-lombaire étaient entièrement graisseux; l'altération graisseuse était encore très profonde dans les muscles de la cuisse. A la jambe, plusieurs muscles étaient atteints; mais ils ne l'étaient que d'une manière incomplète; les autres muscles de la jambe, et tous les muscles du pied étaient encore d'un beau rouge: l'altération des muscles de la jambe était de nature à déranger l'équilibre du pied. Le pied bot se fût produit si la malade eût pu marcher; mais, lorsque l'altération gagna la jambe, les muscles de la hanche et de la cuisse étaient déjà privés d'action, et le malade, par conséquent, ne pouvait marcher.

« Je conclus donc : 1° l'altération graisseuse successive des muscles est de nature, lorsqu'elle frappe les membres inférieurs, à déterminer la formation des pieds bots.

« 2° Lorsque cette altération progresse de bas en haut, le pied bot se produit inévitablement, parce que les malades continuent à marcher.

« 3° Lorsqu'au contraire l'altération progresse de haut en bas, le pied-bot ne se produit pas, parce que les malades cessent de mar-

cher avant le moment où l'altération gagne les muscles de la jambe et du pied.

« Je rappelle, en terminant, que cette nouvelle variété de pied bot consécutive à l'altération graisseuse des muscles, est établie : 1° par trois présentations que j'ai déjà faites à la Société (1849, p. 265 1850, p. 40; 1851, p. 50.)

2° Par la présentation actuelle.

3° Par un fait que j'ai observé en 1848, et que je n'ai point présenté à la Société.

4° Par un fait absolument semblable qui a été rapporté, mais non interprété par Vicq-d'Azyr (*Oeuvres complètes*. Paris, 1805; t. v, p. 365) : en tout six observations, qui ne laissent aucun doute.

« Je prie de remarquer, enfin, comme confirmation de mes recherches antérieures, qu'il m'a été possible, cette fois-ci, de diagnostiquer la cause des pieds bots, et l'état des muscles, par la simple inspection du cadavre, avant toute dissection, en l'absence de tout renseignement. »

5. *M. Denouh* présente une *rupture du cœur* avec cavité hémorragique circonscrite dans l'épaisseur des fibres musculaires de cet organe. Une femme d'un embonpoint excessif, âgée de 73 ans, était placée depuis 33 ans, dans la maison d'aliénés de Charenton. *M. Calmeil*, qui l'a vue depuis cette époque, affirme qu'elle a toujours joui d'une bonne santé. Son état intellectuel et moral n'a jamais présenté aucun changement depuis son admission dans l'établissement ; elle était dans un état de démence profonde ; cependant son intelligence suffisait encore aux soins qu'elle prenait d'elle-même et de la chambre qu'elle occupait. Le 10 novembre 1851, après le déjeuner qu'elle avait mangé de bon appétit, elle fut prise tout à coup de perte de connaissance ; une personne du service, qui l'avait laissée seule pendant quelques instants seulement, la trouva assise sur sa chaise, la tête renversée en arrière, la face pâle et décolorée, anxieuse, les yeux fixes et hagards. Vainement essayait-on de pratiquer une saignée, la mort avait été subite ; à l'autopsie, pratiquée 28 heures après la mort, l'état extérieur du cadavre ne présentait rien de remarquable. Les membranes du cerveau étaient très minces, la substance grise un peu pâle,

la blanche n'offrait aucune vascularisation ou congestion morbide. Dans l'hémisphère droit du cerveau et dans le lobe moyen, existait un petit noyau de substance brune déposée au milieu de la substance blanche, dans un petit foyer dont les parois sont rapprochées. Le cervelet et la moelle allongée étaient sains. Le péricarde était distendu par une grande quantité de sérosité et de sang liquide pouvant être évalué à quatre grands verres. Le cœur paraissait enveloppé par un énorme caillot sanguin recouvrant la face antérieure du ventricule droit, et sur lequel reposait la face postérieure de cet organe.

Le cœur, que M. Denouh présente à la Société est d'un volume normal; une couche de graisse assez épaisse recouvre la face antérieure du ventricule droit, mais n'intéresse pas toute la substance de l'organe qui a conservé sa coloration rougeâtre à l'intérieur; les fibres musculaires n'offrent pas les caractères de la transformation graisseuse. A la face postérieure du cœur, à une égale distance du bord droit et du gauche, vers le milieu d'une ligne tirée de la pointe à la partie moyenne de la base, existe une petite déchirure un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche. L'orifice interne de la déchirure se voit dans la cavité du ventricule gauche, derrière une colonne charnue. Dans ce point, la paroi musculaire est moins épaisse qu'ailleurs. Au niveau de l'orifice externe de la déchirure, se rencontre une plaque ecchymosée, ayant un pouce de large sur un peu plus d'un pouce de hauteur, faisant un relief assez notable sur la surface du cœur; au dessous d'elle dans l'épaisseur même de la paroi postérieure et un peu dans la cloison interventriculaire existe un noyau apoplectique de la grosseur d'une petite noix, autour de lui plusieurs petits points noirâtres. Dans cet endroit, les fibres musculaires semblent ne pas avoir perdu de leur cohésion.

Le rein droit contenait un calcul remplissant exactement la capacité du bassin; le rein gauche renfermait un liquide d'apparence purulente.

6. M. Perdrigeon présente une *ostéomyélite* de l'extrémité inférieure du fémur. P. M... âgé de 56 ans, charron, entre le 28 mars 1851 à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau); cet homme,

d'une constitution médiocre, a joui d'une bonne santé dans sa première enfance ; ses père et mère sont morts âgés, ses autres parents jouissent d'une bonne santé ; il n'a jamais été atteint de douleurs rhumatismales ou de maladies vénériennes. A l'âge de 12 ans, sans aucune cause appréciable, P. vit se développer au genou gauche un gonflement considérable, accompagné de douleurs violentes et qui le forcèrent à garder le lit. Des abcès survinrent et furent ouverts au moyen du bistouri. La guérison fut complète en quatre mois. A l'âge de 26 ans, il survint au même endroit, au genou gauche un gonflement marqué et de nouveaux abcès. Une incision profonde et étendue fut faite au tiers antérieur et à la face interne de la cuisse ; cette ouverture donna longtemps issue à du pus, et enfin il se forma dans cet endroit une fistule. Le malade se rétablit et put reprendre ses occupations ; néanmoins outre la fistule déjà signalée, il conservait encore un gonflement marqué de la partie inférieure de la cuisse gauche et une faiblesse notable du membre de ce côté. Il y a quatre mois, le gonflement reparut plus intense, s'accompagna d'élancements, nécessita l'usage des moyens thérapeutiques et enfin l'entrée à l'hôpital. A cette époque, il était dans l'état suivant : l'articulation du genou gauche et le tiers inférieur de la cuisse, offrent un gonflement et une rougeur marqués ; à ce niveau, la peau chaude et luisante ne conserve pas l'impression du doigt. Le membre maintenu constamment dans l'extension ne peut être fléchi. Au tiers inférieur de la face externe et postérieure de la cuisse, on voit une incision ancienne à bords durs, circonscrivant une ouverture longitudinale qui donne passage à un pus verdâtre très liquide et à odeur infecte. Un stylet introduit dans cette ouverture, arrive après un trajet oblique et sinueux de haut en bas, sur une surface anfractueuse, dénudée, donnant un son clair et sec. Une pression exercée sur la cuisse au-dessus de la fistule donne lieu à une vive douleur. Le membre abdominal droit est sain. La face du malade est amaigrie, sa peau pâle et terreuse, il éprouve fréquemment de la diarrhée (Cataplasmes ém. Limon. 4 portion).

Au commencement d'avril, la prostration augmente ; il existe de la fièvre, de l'anorexie ; la rougeur, la tension et la sensibilité, ainsi que le gonflement, sont plus manifestes au tiers inférieur de la cuisse.

M. Velpeau au moyen du bistouri, fait le 4 avril, à la partie interne de la cuisse à huit centimètres au dessus du genou, une incision longitudinale de 4 centim. d'étendue. Un peu de sang, sans trace de pus et une petite esquille osseuse sortent par cette ouverture. Après ce débridement, la rougeur de la partie malade diminue un peu, l'état général demeure le même; la tuméfaction et la douleur locale persistent. Le 14 avril, on fait une nouvelle incision longitudinale d'une étendue de 4 centimètres, à 7 centimètres au dessus de la précédente, à la partie interne de la cuisse. On ne fait pas sortir de pus; le doigt ne rencontre aucun point du fémur dénudé. (Diascordium 2 grammes).

Vers la fin d'avril, les ouvertures pratiquées à la face interne de la cuisse donnent passage à une suppuration de bonne nature; leurs bords sont pâles et marchent lentement vers la cicatrisation. La diarrhée, l'inappétence continuent. Le genou est encore très gonflé; deux nouvelles ponctions sont faites à la partie antérieure et interne pour hâter le dégorgement des tissus malades. (Décoct. blanche. Pans. avec sol. quinquina).

Pendant la fin du mois d'avril, les plaies faites au moyen des incisions suppurent abondamment; cependant le gonflement se dissipe lentement. La diarrhée persiste; on administre du bisnuth, puis le même médicament associé au diascordium. Au commencement de mai, l'état général s'améliore momentanément; le malade annonce avoir un peu d'appétit; mais le 5 du même mois, on voit apparaître des vomissements, de la tension du ventre, de l'insomnie, de la fièvre (vésic. au creux épig.). Les incisions pratiquées à la surface interne de la cuisse rejettent graduellement de moins en moins de pus; elles sont complètement cicatrisées le 20 mai, excepté le trajet fistuleux qui existait lors de l'entrée du malade à l'hôpital. L'état général du malade demeure mauvais, deux vésicatoires sont appliqués sur le flanc droit, siège principal de la douleur de ventre qui est tendu et ballonné.—Peu à peu les symptômes généraux s'aggravent: affaïssement, teinte sémitérique de la peau, œdème de la jambe et du pied gauche, et du pied droit ensuite. La diarrhée devient très abondante, et la mort survient le premier juin.

Autopsie. Cerveau sain. Les poumons étaient un peu emphysémateux, le gauche présentait à son sommet plusieurs petites cavernes tuberculeuses. Un peu d'épanchement citrin clair dans les deux plèvres. Le cœur était comme à l'état normal ; un peu d'épanchement de sérosité citrine non floconneuse existait dans la cavité péritonéale. Le foie et la rate étaient sains. Quelques arborisations se rencontraient dans la terminaison de l'intestin grêle et dans tout le gros intestin. Le membre abdominal droit est sain.

La jambe et le pied gauche ne présentent qu'une infiltration considérable des parties molles, pas de sérosité. Au côté externe et postérieur de la cuisse et au niveau du tiers inférieur, on trouve une large ouverture qui conduit à un vaste foyer, situé au tiers inférieur de la ligne âpre à l'endroit où l'artère fémorale devient poplitée. Au niveau de tous les points où des incisions ont été pratiquées pendant la vie du malade, on trouve des trajets fistuleux creusés dans l'épaisseur des tissus et communiquant avec le fémur. Dans le tiers inférieur de la cuisse on voit, sur la pièce que M. Perdrigeon montre à la Société, le périoste épaissi, rougeâtre, faisant corps avec les parties molles périphériques ; il est noirâtre au niveau des trajets fistuleux ; sur la face antérieure du fémur, au niveau du point où nous signalerons l'abcès du canal médullaire, le périoste a complètement disparu. Le fémur est épaissi, son tissu rarefié, est recouvert à sa partie antérieure de stalactites osseuses minces, plates, comme couchées sur la surface de l'os ; le long de la ligne âpre les stalactites deviennent très saillantes, aiguës, tranchantes. A la partie interne et antérieure, au niveau du 1/4 inférieur du fémur, on distingue deux ouvertures situées transversalement à deux centimètres de distance, et communiquant avec le foyer qui se trouve situé dans le fémur. A la face postérieure et au tiers inférieur du fémur on remarque une large ouverture en forme de cupule située un peu au dessus du creux poplité. A trois centimètres au dessus de cette ouverture, on remarque une large solution de continuité, communiquant avec le foyer principal creusé dans l'épaisseur de l'os, et bridé à sa partie moyenne par une languette osseuse.

Dans le fémur existe un large foyer anfractueux, situé à 8 centimètres au dessus des condyles du fémur, ayant un décimètre de long sur trois centim. de large; il est tapissé par une membrane longueuse noirâtre, et contient une saie grisâtre, dense, et un grand nombre de petits séquestres. Au dessus de cette cavité purulente, le canal médullaire est complètement oblitéré par des lamelles osseuses; ailleurs on trouve de petits amas de tissu d'aspect cartilagineux. La moelle à ce niveau est rouge et d'une couleur analogue à de la gelée de groseilles. Enfin à sa partie moyenne, le fémur est entouré par une couche osseuse de nouvelle formation.

L'articulation fémoro-tibiale est assez saine. La synoviale un peu épaissie et le siège d'arborisations vasculaires.

7. *M. Rombeau* présente une *fracture incomplètement consolidée du fémur*. Une petite fille de deux ans, offrant les symptômes du rachitisme: incurvation du rachis, des deux avant-bras, ballonnement marqué du ventre, entre, le 18 octobre, à l'hôpital des Enfants-Malades (serv. de M. P. Guersant) pour une fracture de la cuisse, survenue à la suite d'une chute de sa hauteur. Le membre malade fut entouré de l'appareil habituel: une bande roulée, sur laquelle on plaça trois attelles, maintenues elles-mêmes en place par une nouvelle bande roulée. Le membre fut laissé dans l'appareil jusqu'au 11 novembre; à cette époque, la petite malade fut atteinte d'une pneumonie catarrhale qui causa la mort. A l'autopsie, on trouva dans les poumons les lésions habituelles de la pneumonie catarrhale. La fracture du fémur, quoique maintenue dans un appareil depuis vingt-quatre jours, n'était pas consolidée. Autour des fragments existait un cal mou, d'apparence cartilagineuse; les os, plus vasculaires qu'à l'état normal, étaient plus mous et plus faciles à couper que d'habitude; au-dessous du cartilage épiphysaire, et un peu le long de la diaphyse, on remarquait un commencement de développement du tissu spongoïde, décrit par M. J. Guérin.

M. Rombeau croit, comme le professe M. P. Guersant, que la non-consolidation doit être, dans ce cas, attribuée à la pneumonie; en effet, il est d'observation, suivant lui, que les fractures ne se réu-

nissent pas, chez les enfants, quand il se développe, pendant leur travail de consolidation, des maladies internes, comme des pneumonies, des varioles ou des diarrhées prolongées. Le rachitisme, chez un grand nombre d'enfants, traités dans le même hôpital dans le cours de cette année, n'a pas empêché la consolidation de la fracture d'être faite au vingtième jour.

M. Broca. Cette pièce présente un double intérêt. Nous constatons d'abord, ici, le commencement du tissu spongoïde décrit par M. Jules Guérin; on voit en effet, se développer, près des extrémités de l'os surtout, et dans son épaisseur, un magma rouge non constitué uniquement par du sang, comme l'a dit M. J. Guérin, mais qui contient un certain nombre de globules sanguins; puis peu à peu le tissu s'organise, présente du tissu fibreux, ce qui lui donne l'apparence d'une éponge. D'une autre part, dans ce cas, le rachitisme me paraît avoir eu une influence beaucoup plus grande sur la non-consolidation de la fracture que la maladie interne intercurrente.

M. Denucé. J'ai entendu, il y a quelques années, M. P. Guérin, à l'hôpital des Enfants, insister sur l'influence fâcheuse du rachitisme sur la non-consolidation des fractures.

M. Broca. L'opinion émise par M. Rombeau, et celle que vient de mettre en avant M. Denucé, peuvent être fondées l'une et l'autre suivant l'époque et la période du rachitisme à laquelle survient la fracture. Ainsi, dans la période à laquelle était parvenu le sujet de cette observation, il n'y avait aucune tendance à l'ossification; au contraire, dans la période de réparation du rachitisme, le cal tend à s'ossifier plus rapidement que dans l'état normal.

M. Cruveilhier partage cette opinion.

M. Broca, dans la séance suivante, communique le résultat de l'examen des os de cet enfant. Les os enflammés, dit-il, contiennent, au lieu de moelle, surtout chez les enfants, une substance peu riche en graisse, dans laquelle on retrouve en grand nombre les corpuscules décrits par M. Robin, et quelques rares globules sanguins non constants, mais jamais réunis sous forme d'épanchement. Rust et M. Bouvier ont déjà démontré que le tissu spongoïde ne se développe pas indifféremment dans tous les points de la longueur de l'os, mais

dans son canal au niveau de l'épiphyse : c'est ce qui a eu lieu dans cette pièce au niveau de l'épiphyse, le cartilage contient du tissu fibreux, ses cavités sont notablement élargies : dans le tissu spongieux lui-même, on aperçoit, dans l'épaisseur de sa trame, quelques corpuscules osseux, et beaucoup de tissu fibreux. Par l'addition d'une goutte d'acide chlorhydrique sur la préparation placée sous le microscope, on produisait à peine une légère effervescence. Un autre point curieux de cette pièce, c'est que le cal cartilagineux qui existe au niveau de la fracture, et forme autour d'elle une virole allongée, se continue avec une masse cartilagineuse qui se prolonge sous le périoste au-delà de la fracture. Dans le cal, on trouvait, à l'examen microscopique, des cellules cartilagineuses ovoïdes reliées par un tissu fibro-cartilagineux. Sur l'humérus non fracturé du même sujet, on retrouvait ce même tissu cartilagineux.

8. *M. Legendre* montre un *kyste de l'ovaire* trouvé sur une femme de 24 ans, morte de phthisie pulmonaire. Pendant la vie, cette tumeur donnait lieu à peu de symptômes ; ce n'est qu'en palpant l'abdomen qu'on reconnut son existence, la malade ne l'ayant pas soupçonnée ; elle était située sur la partie moyenne de l'hypogastre, n'était pas sentie par le vagin, mais comprimait, sans doute, la vessie, car elle occasionnait de fréquentes envies d'uriner.

La tumeur qu'on trouva à l'autopsie, et que *M. Legendre* met sous les yeux de la Société, avait le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle était ovoïde, terminée, en bas, par un petit renflement séparé du corps de la tumeur par un sillon circulaire qui correspondait au détroit supérieur du bassin ; cette tumeur, formée par une poche nacrée, médiocrement tendue, percutée avec les deux mains placées en sens opposé, donnait la sensation d'un frémissement comparable à celui que produisent souvent les hydatides. Le liquide contenu était purement séreux, et non visqueux. En tendant fortement la poche par une accumulation, dans une partie de sa capacité, d'une grande quantité de liquide, on constate que le frémissement, signalé plus haut, devient beaucoup moins manifeste, et plutôt comparable à un choc brusque qu'à un déplacement successif et lent. L'ovaire gauche était appliqué sur les parois de la tumeur : il était presque

réduit à son strôma, parsemé de quelques vésicules peu développées.

M. *Boullay* rappelle que M. Dutard a présenté à la Société (vide bulletin 1854, pag. 75) un kyste de l'ovaire qui avait débuté à l'âge de 15 ans; il offrait cette particularité singulière que, naissant de l'ovaire gauche, il était placé dans la fosse iliaque droite, ce qui s'explique par le décubitus habituel de la malade qui entraîne dans la fosse iliaque droite le kyste développé à gauche quand il acquiert un certain volume.

9. M. *Cruveilhier* présente un *cancer de l'estomac*. Un homme de 50 ans environ était placé, depuis plusieurs mois, dans mon service à l'hôpital de la Charité; sa peau était décolorée, un peu jaune; l'amaigrissement graduellement progressif, l'appétit était très développé; il n'y eut de vomissements, encore très peu abondants, que dans les derniers jours de la vie.

On sentait au niveau de la région pylorique une tumeur dure, sensible qui disparut pendant les derniers temps de la vie, ce qui provenait peut-être de ce qu'elle avait été attirée en haut. Le malade fut pris d'une diarrhée qui s'accrut progressivement et causa la mort. L'estomac non dilaté est occupé près du pylore, par une large ulcération siégeant sur la petite courbure, principalement les faces antérieure et postérieure de l'organe et ne laissant qu'une étroite bande de membrane muqueuse non atteinte le long de la grande courbure. L'ulcère offre un fond sauteux; ses bords sont saillants, et d'une couleur jaune grisâtre. Une petite bande d'adhérences fibreuses unissait l'estomac au foie; M. Cruveilhier attribue la disparition momentanée de la tumeur épigastrique reconnue pendant la vie, à la rétractilité de ce tissu fibreux.

M. *Broca* croit que cette disparition de la tumeur s'explique plus naturellement par le ramollissement et l'élimination d'une partie du produit cancéreux.

10. M. *Broca* montre un *kyste séreux de l'épididyme*, indépendant, comme le montre la dissection faite par M. Leroux, du canal déférent et des replis de l'épididyme. Ce kyste du volume d'une grosse amande, citrin, parsemé de quelques vaisseaux répandus à sa surface, est placé en dehors de la tunique vaginale au dessus de

l'épididyme et n'a aucune connexion avec les canaux spermatiques éfferents; au dessous de lui existe un autre kyste beaucoup moins volumineux qu'on pourrait croire à tort être l'hydatide Morgagni; M. Gosselin a très bien démontré que ce que Morgagni avait nommé hydatide n'était que le développement morbide d'une petite saillie grêle à l'état normal qui existe sur la tête de l'épididyme au dessous de la tunique albuginée, et forme suivant M. Follin, la trace du corps de Wolf. M. Broca insiste sur la difficulté que peut présenter le diagnostic de ces kystes; la position du testicule peut éclairer le chirurgien: ainsi le testicule est en avant en bas dans le cas de grands kystes, en arrière, au contraire, dans les hydrocèles. Lorsque, comme il l'a vu une fois, un grand kyste coexiste avec une hydrocèle, les deux tumeurs peuvent s'adapter l'une à l'autre et former une masse dont il est impossible de reconnaître pendant la vie l'origine.

M. Caudmont rappelle avoir montré à la Société un kyste séreux placé dans l'intervalle des vésicules séminales indépendant de ces po-de la prostate ou de la vessie.

44. M. Broca présente un nouveau cas de pied-bot consécutif à l'altération graisseuse des muscles. Instruit par l'étude des pièces qu'il a déjà montrées à la Société, l'auteur de la présentation a pu, avec une grande précision, diagnostiquer, avant tout examen anatomique, non-seulement la nature du mal, mais encore l'état particulier de chacun des muscles de la jambe. — Voici comment il s'exprime à cet égard :

« J'ai reçu hier, dans les pavillons de l'École-Pratique, un sujet sur lequel je n'ai pu me procurer aucun renseignement : c'était une femme qui paraissait âgée d'environ 25 ans, et qui avait succombé à une pueritonite puerpérale. La taille était élevée; le tronc, les membres supérieurs, le membre inférieur gauche, étaient bien développés.

« Le pied droit était atteint de *talus*. La face plantaire de ce pied formait, avec l'axe de la jambe, un angle aigu d'environ 45°. — De plus, le bord interne du pied était plus relevé que l'externe; les quatre derniers orteils étaient portés dans la flexion, et le gros

orteil, plus fléchi qu'eux encore, était renversé obliquement sous la face plantaire des deuxième et troisième orteils.

« Une large callosité existait sous le talon ; la peau épaisse et dure qui constituait cette callosité était déjetée en arrière, et formait une espèce de bourrelet qui débordait d'environ un centimètre la face postérieure de la jambe : le reste de la peau de la plante du pied était lisse, mince, et flexible.

« Le tendon d'Achille, appliqué sur la face postérieure du tibia, ne faisait aucune saillie appréciable, et se retrouvait difficilement à travers la peau.

« En s'efforçant de redresser le pied, on pouvait l'amener, sans difficulté, à faire avec la jambe un angle droit ; mais on ne pouvait dépasser cette limite ; on était arrêté assez brusquement par une résistance très forte ; cette résistance n'était pas due à un raccourcissement des muscles, car, quelle que fût la position du pied, on ne pouvait ni voir, ni sentir à travers la peau, la moindre corde saillante ; les articulations tarsiennes et métatarsiennes offraient une laxité qui n'était pas moindre qu'à l'état normal.

« Le redressement de ces derniers orteils s'effectuait sans trop de difficulté : quant au gros orteil, on pouvait le relever jusqu'à ce qu'il fût placé sur le prolongement de l'axe de son métatarsien, mais il n'était pas possible de l'étendre en arrière.

« La mensuration comparative des deux membres abdominaux donnait le résultat suivant : Le membre correspondant au pied-bot était raccourci de 2 centimètres ; ce raccourcissement portait presque exclusivement sur la longueur de la jambe. — Le pied, mesuré à l'aide d'un cordon qui suivait les flexuosités de son bord interne, était raccourci de 4 centimètre. — La circonférence de la cuisse était exactement la même des deux côtés ; celle du mollet droit était moindre de 5 centimètres que celle du mollet gauche ; enfin, la circonférence sus-malléolaire était diminuée d'environ 2 centimètres : ce qui semblait dû, en grande partie, à la disposition de la saillie du tendon d'Achille.

« Telle était l'apparence extérieure de ce pied-bot. Les caractères qui précèdent, observés avant toute dissection, me permirent d'éta-

blir exactement le diagnostic anatomique; c'est ce que je fis devant mes élèves dans une leçon dont voici le résumé :

• La plupart des articulations ont conservé la mobilité la plus étendue. L'articulation tibio-tarsienne, dont les mouvements sont un peu restreints, possède, néanmoins, une grande flexibilité; enfin, le raccourcissement du pied est fort peu considérable : à ces caractères on peut reconnaître que le pied-bot n'est pas congénial, qu'il est acquis, et même qu'il ne remonte pas à une époque très éloignée.

• Exception faite de l'articulation métatarso-phalangienne, on parvient aisément, par la seule action de la main, à rendre au pied sa forme la plus naturelle; il n'y a aucune déformation des os, aucune subluxation : le pied bot n'est donc pas la conséquence d'une affection primitive du squelette.

• Il est dû, par conséquent, à l'action musculaire : il faut qu'il y ait ou bien rétraction des muscles antérieurs de la jambe, ou bien paralysie des muscles postérieurs.

• Ce n'est pas une rétraction des muscles antérieurs, car ces muscles ne sont nullement raccourcis : dans aucune position du pied, on ne peut faire saillir leurs tendons sous forme de cordes. — L'obstacle qui limite les mouvements d'extension a son siège plus profondément dans les ligaments tibio-tarsiens.

• C'est donc un pied bot-talus par paralysie. Mais cette paralysie est-elle due à une lésion nerveuse, ou à l'altération graisseuse primitive des muscles que j'ai décrite(1). Je ne pense pas qu'elle soit due à une lésion nerveuse. Les muscles paralysés par cette cause subissent rapidement une atrophie considérable; leur volume se réduit des $\frac{2}{3}$, des $\frac{3}{4}$, et même davantage; le grand pectoral, par exemple, devient presque aussi mince qu'une feuille de papier(2). Or, ici, la saillie du mollet est diminuée, sans aucun doute, mais elle est encore très manifeste; elle est seulement un peu abaissée par suite de l'abaissement du talon, et on peut très bien, à travers la

(1) Bull. 1849, p. 265; Bull. 1850, p. 40; Bull. 1851, p. 381, et surtout p. 30 et 38.

(2) Voy. Bull. n° de décembre 1851, p. 380.

peau, sentir les muscles jumeaux qui ont conservé leur forme, et la plus grande partie de leur volume.

« On arrive donc, par exclusion, à considérer ce pied bot comme dépendant de l'altération graisseuse primitive des muscles ; mais on peut, sans aucune dissection, préciser davantage encore le diagnostic.

« Le talon est abaissé, le pied est fléchi, la saillie du tendon d'Achille est affaissée ; donc, l'altération graisseuse a dû débiter dans les muscles jumeaux et soléaires.

« De plus, le bord interne du pied est manifestement relevé ; donc, l'action des péroniers latéraux est diminuée : il faut que ces muscles soient altérés, qu'ils le soient plus profondément que le jambier antérieur.

« En outre, les orteils sont fléchis jusqu'à la troisième phalange inclusivement ; cette flexion indique que le long fléchisseur commun a conservé son action plus longtemps que les muscles du tendon d'Achille, et que, s'il est altéré, il l'est moins profondément que ces derniers.

« Enfin, le gros orteil est plus fortement fléchi que les autres ; cela indique que son fléchisseur propre est plus rapproché de l'état normal que le long fléchisseur commun.

« Ainsi, en résumé, il faut que, par la dissection, on trouve une altération graisseuse plus profonde,

1° Dans les muscles extenseurs du pied que dans les fléchisseurs du pied ;

2° Dans les muscles qui élèvent le bord externe que dans ceux qui élèvent le bord interne du pied.

3° Dans les muscles superficiels de la région postérieure de la jambe que dans les muscles profonds de cette même région ;

4° Enfin, dans le long fléchisseur commun que dans le fléchisseur propre du gros orteil.

« Une dissection attentive, en nous dévoilant quelques nouveaux détails, a, de tous points, confirmé ce diagnostic.

« Voici, en effet, quel est l'état réel de la jambe :

« *Jambier antérieur, extenseur commun, extenseur propre*, parfaitement sains.

« *Long péronier latéral*, entièrement graisseux dans sa moitié inférieure, à demi-graisseux dans sa moitié supérieure.

« *Court péronier latéral*, graisseux aux deux tiers dans toute son étendue.

« *Muscles du tendon d'Achille*, complètement graisseux dans toute sa longueur : on n'y trouve plus une seule fibre musculaire.

« *Long fléchisseur commun des orteils*, presque entièrement graisseux : on retrouve encore çà et là quelques fibres musculaires décolorées au milieu des stries graisseuses.

« *Jambier postérieur*, à moitié graisseux.

« *Long fléchisseur propre du gros orteil*, fort peu altéré. Il est, cependant, parcouru, dans toute son épaisseur, par un certain nombre de stries adipeuses.

« Les muscles du pied ont tous conservé leur structure ; le pédieux semble même un peu hypertrophié.

« A la cuisse, un seul muscle a subi l'altération graisseuse : c'est le biceps ; dans toute sa longueur, il est composé, par parties à peu près égales, de cordons graisseux et de faisceaux de fibres musculaires. Ici, encore, comme dans les cas précédents, nous trouvons l'altération graisseuse des muscles étendue jusqu'à la cuisse : ce qui prouve qu'elle n'a point été la conséquence du pied bot.

« Que l'on compare ce résultat de la dissection avec les assertions que j'ai émises d'après l'examen extérieur de ce membre, et on y verra, je l'espère, une confirmation des idées que j'ai déjà exposées, ici, sur l'origine et la formation de certains pieds bots.

« La dissection a dévoilé quelques autres détails qui ne sont point sans intérêt.

« Une vaste bourse muqueuse existe sous la grosse callosité du talon ; il n'existe aucune autre bourse muqueuse véritable ; toutefois, au niveau de la face plantaire de la première articulation métatarso-phalangienne, on trouve sous la peau un peloton adipeux, gros comme une coque d'amande, parfaitement circonscrit par une

sorte de membrane celluleuse qui adhère faiblement aux parties environnantes. En incisant ce peloton adipeux, on trouve, à sa partie centrale, une petite cavité irrégulière large d'environ cinq millimètres, dont la surface interne est tout-à-fait semblable à celle d'une bourse muqueuse; c'est là le reste de la bourse muqueuse antérieure et interne de la plante du pied; cette cavité est en voie d'oblitération; elle indique qu'il a été un temps où la malade marchait comme tout le monde, en appuyant ses orteils sur le sol. Un peu plus tard, il ne serait resté de cette bourse muqueuse qu'un peloton adipeux entièrement plein. Ce fait n'est pas le seul de ce genre que j'aie observé; on peut même dire, d'une manière générale, que les bourses muqueuses s'effacent graduellement lorsqu'elles cessent d'être soumises à des pressions ou à des frottements, de la même manière que les sacs herniaires lorsque les hernies sont définitivement réduites. — Dans les deux cas, un dépôt interstitiel de graisse s'effectue peu à peu dans les parois de la cavité: la masse adipeuse s'accroît aux dépens du sac herniaire ou de la bourse muqueuse, dont la cavité finit par disparaître d'une manière complète, laissant à sa place une tumeur graisseuse.

« Le gros orteil n'est pas seulement fléchi au-dessous des autres; il est, de plus, renversé en dehors, de telle sorte que son ongle est recouvert par la face plantaire de la troisième phalange des deuxième et troisième orteils. Cette position oblique s'explique très bien par la flexion plus considérable de cet orteil, qui, ne se trouvant plus soutenu en dehors par la résistance de l'orteil voisin, a été refoulé de dedans en dehors par la pression des chaussures.

« Ce renversement latéral du gros orteil a donné lieu à un fait intéressant, qui n'est pas sans analogue dans l'étude des difformités. — Le tendon de l'extenseur propre, qui va s'insérer à la première phalange unguéale, s'est trouvé dévié en dehors; par suite, ce tendon, au lieu de s'appliquer sur la tête du premier métatarsien, repose aujourd'hui sur la face dorsale du premier espace interosseux. Comme, de plus, la phalange unguéale est fléchie, le tendon extenseur passe comme une corde sur le côté externe de l'articulation métatarso-

phalangienne; il a cessé d'être extenseur, il est seulement abducteur, ainsi qu'on peut s'en assurer en exerçant une traction sur le corps du muscle. Cette circonstance est de nature à entretenir, et même à exagérer le renversement de l'orteil en dehors.

12. *M. Faure* présente une tumeur de nature érectile. Un homme adulte, sur lequel on l'observait, s'était aperçu, il y a une dizaine d'années, de l'existence, à la partie moyenne de la face postérieure de l'avant-bras gauche, d'une petite tumeur indolore du volume d'un pois; elle prit un développement lent et graduel, ne causait aucune gêne; mais, sous l'influence d'un exercice violent, elle prenait une teinte brune. Cet homme se présenta, il y a peu de temps, à moi, dans le but de se faire pratiquer une saignée de précaution; je lui conseillai de se faire enlever la tumeur qu'il portait à l'avant-bras gauche. Elle avait, alors, le volume d'une grosse amande, était molle, et n'adhérait nullement aux parties sous-jacentes; une veine, sous-cutanée, superficielle et volumineuse, partait de sa partie supérieure pour se rendre aux parties supérieures. Le sujet de l'observation ayant consenti à l'opération, je cernai la tumeur par deux petites incisions semi-elliptiques; la tumeur, entourée par un tissu cellulaire lamelleux, condensé, s'enleva facilement: une seule petite artère fut ouverte et liée sans difficulté. La tumeur, placée immédiatement au-dessous de la peau, est entourée par un tissu cellulaire épais, qui lui forme comme un kyste périphérique: elle est formée par un lacis serré de vaisseaux d'apparence veineuse, contenant un grand nombre de petits caillots sanguins.

13. *M. Mesnet* présente des kystes hydatiques du foie multiples, traités par l'injection d'iode dans leur intérieur. On distingue sur la face convexe du foie deux kystes principaux: Autour d'eux existent un grand nombre de divisions des canaux biliaires, oblitérés par une matière ferme, rougeâtre, contenue dans leur intérieur, et dans lesquelles l'examen microscopique n'a pas démontré l'existence de la matière biliaire. Plusieurs petites plaques, comme sphacélées ou du moins désorganisées, existent à la surface du foie.

14. *M. Broca* montre, au nom de *M. Deville*, un cancer atro-

phique de la mamelle, trouvé sur une femme dont le cadavre avait été livré aux dissections de l'école-pratique. Cette production, très dure et compacte, adhérait à peine au muscle grand pectoral, mais beaucoup à la peau; elle avait une dureté et une consistance plus grandes que le squirrhe; on trouvait, de plus, dans l'épaisseur de la peau une foule de petits grains durs blanchâtres, formés par du tissu cancéreux. On peut se demander quelle est la valeur de ces petits grains; M. Walshe les croit l'indice d'une propagation sans continuité. J'avoue ne comprendre guère cette opinion. Chez notre sujet, outre le cancer du sein et de la peau, on en trouvait également dans le foie; cela pourrait conduire à supposer une infection générale; néanmoins, je ne crois pas que, dans ce cas particulier, et dans la plupart des autres, ces petits grains cancéreux reconnaissent cette origine. J'ai vu, dans le service de Blandin, à l'Hôtel-Dieu, une femme qui présentait ces petits grains cancéreux de la peau et n'offrait aucun signe d'infection; la malade fut opérée, et on obtint une guérison provisoire. De plus, d'autres raisons me portent encore à ne pas voir, ici, une infection générale; ces petits grains n'ont pas le siège des cancers secondaires: ceux-ci sont fort rares à la mamelle, qui présente, au contraire, fréquemment des cancers primitifs. La nature du produit morbide n'est pas celle du cancer secondaire; dans ce dernier cas, on a, le plus souvent, de l'encéphaloïde; dans le premier, comme chez notre malade, on a principalement du squirrhe.

15. M. Marc-Sée présente une *hernie volumineuse ombilicale avec plaie pénétrante de l'abdomen et lésion des intestins*. D. F., âgée de 55 ans, est apportée le 15 décembre au matin à l'hôpital Sainte-Marguerite; d'une forte constitution et d'une obésité remarquable, cette femme, à la suite des événements politiques du commencement du mois, a été atteinte d'hallucinations, et a résolu de se donner la mort. Pour mettre ce dessein à exécution, elle s'est porté le matin même plusieurs coups d'un petit couteau de poche dans une hernie de la ligne blanche du volume de la tête d'un enfant, qu'elle portait depuis longtemps. La plaie principale, d'une longueur de trois centimètres environ, donnait issue à plusieurs anses intestinales dont l'une était complètement nouée en travers. L'autre s'étendait à peu

près dans la moitié de sa circonférence, il s'écoula de la blessure une quantité de sang assez considérable, M. Marjolin, appelé immédiatement auprès de la malade, réunit les bords de la plaie de l'intestin par des sutures à points séparés en ayant soin d'adosser les séreuses. Les anses sorties furent réduites, et la plus grande partie de la plaie de l'abdomen réunie au moyen de la suture enchevillée. La malade fut ensuite réchauffée au moyen de boules d'eau et de linges chauds. Les vomissements qui s'étaient déjà manifestés cessèrent, et un commencement de cyanose qui s'était montré disparut; le pouls, à peine sensible, devint plus distinct. Dans la journée un peu de délire se manifesta et nécessita l'usage des moyens contentifs. La malade succomba le 16 à 2 heures d'après midi.

A l'autopsie on trouve une couche de graisse considérable, atteignant par places une épaisseur de trois travers de doigt, doublant les parois abdominales. Au dessous de la cicatrice ombilicale cutanée, dans l'intervalle laissé par les muscles droits écartés l'un de l'autre, existent trois éraillures de l'aponévrose abdominale donnant issue aux organes intra abdominaux, recouverts par le péritoine refoulé devant eux. Les deux supérieures arrondies, de deux centimètres environ de diamètre donnent issue à une portion d'épiploon très chargée de graisse qui s'étale sous la peau et se confond avec la graisse sous-cutanée, où la présence du péritoine permet de l'isoler avec facilité. La troisième, située à environ quatre travers de doigt au dessous de la cicatrice ombilicale cutanée, mesure dans son diamètre transverse 0m,06 et dans son vertical 0m,04; elle livre passage à une portion d'épiploon, ainsi qu'à une notable partie de la masse de l'intestin grêle et du mésentère. Ces organes sont coiffés par le péritoine et par la peau amincie. Une bride péritonéale demi circulaire placée perpendiculairement à l'ouverture aponévrotique la divise en deux trous inégaux subdivisés eux mêmes en plusieurs orifices plus petits. La peau présente à ce niveau une cicatrice irrégulière fort adhérente aux parties sous jacentes sur la cause de laquelle nous n'avons pu avoir aucun renseignement. A droite de cette cicatrice se voit la plaie récente, élargie pour permettre la réduction. Un peu plus bas existe

une autre plaie très petite et non pénétrante. Les anses intestinales herniées sont fortement adhérentes à la portion supérieure et droite de l'ouverture; celles qui ont été blessées sont rentrées dans l'abdomen. Les sutures sont retrouvées parfaitement en place; elles n'ont permis aucun épanchement dans la cavité abdominale et des adhérences ont déjà commencé à s'établir entre les lèvres des solutions de continuité. Une exsudation plastique légère maintient fixées l'une à l'autre les anses intestinales situées dans l'abdomen. Enfin une quatrième hernie épiploïque existe à droite de la précédente, et s'est fait jour en écartant les unes des autres les fibres du muscle droit de ce côté.

M. Verneuil, chargé d'examiner la pièce, a reconnu que la principale hernie sortait par une ouverture qui présentait tous les caractères de l'anneau ombilical. On voyait les cordons fibreux, trace des artères ombilicales, y aboutir.

M. Foucher montre trois exemples de fractures par plaie d'arme à feu.

46. *Une fracture du radius avec déchirure des artères humérale et cubitale.* Un homme de 26 ans reçut, dans les événements politiques du commencement de décembre, un coup de feu dans l'avant-bras droit; apporté, peu de temps après l'accident, à l'hôpital de la Charité, on ne put pas sentir les battements des artères radiale ou cubitale; mais au bout de cinq à six jours, on parvint de nouveau à sentir le pouls à la partie inférieure de l'avant-bras blessé. Cet homme succomba, douze jours après, des suites d'une infection purulente. Le foie, que *M. Foucher* met sous les yeux de la Société, présente des abcès multiples à tous les degrés de développement, depuis la collection purulente jusqu'à la simple tache brunâtre; le poumon, la rate et les autres organes n'offraient aucune trace d'abcès multiples; l'artère radiale, comme la cubitale, étaient déchirées immédiatement au-dessous de leur naissance, et au-dessus des récurrentes cubitales inférieures; cependant, aucun écoulement de sang considérable n'avait eu lieu: à ce niveau, les parties molles étaient réduites en bouillie, le radius fracturé, et une partie de sa diaphyse complètement libre.

17. *Une fracture du fémur à son tiers supérieur, immédiatement au-dessous de la base du col.* Cette pièce provient d'un homme adulte, jardinier, blessé à bout portant, dans les affaires de décembre, d'un coup de feu dans la cuisse; jeté ensuite dans la Seine, il n'en fut retiré qu'après s'être maintenu une demi-heure à sa surface accroché à un bateau. La mort survint huit jours après l'accident. La fracture était comminutive, les parties molles périphériques réduites en un débris mou.

18. *Une fracture du tiers moyen de la cuisse* produite par un coup de feu. L'accident eut lieu au même moment et dans les mêmes circonstances que les précédents. La mort arriva au bout de sept jours; cette fracture, occasionnée par deux balles, est remarquable en ce qu'elle a détaché de l'os un cylindre de cinq centimètres de long, éclaté lui-même en deux esquilles semi-cylindriques, et pareilles, dans toute leur longueur, au niveau du fragment inférieur de la fracture; la moelle, rouge comme une gelée de groseilles, formait une saillie considérable.

19. *M. Canuet met sous les yeux de la Société un cancer de la vessie*, trouvé chez un homme qui séjourna deux mois dans le service de M. Monneret, à l'hôpital Saint-Antoine. Cet homme, dont la peau offrait la teinte jaune-paille de la cachexie cancéreuse, accusait des douleurs dans les deux côtés des régions rénales; jamais il ne disait éprouver de douleur dans la vessie; son urine était souvent purulente et avait renfermé du sang avant son admission à l'hôpital; jamais on n'avait eu besoin, pour l'extraire, d'avoir recours au cathétérisme. A l'autopsie, on trouva un calcul noirâtre dans la vessie; les parois de cette cavité uniformément épaissies, fermes, ayant au moins deux centimètres d'épaisseur, n'offrent, à la face interne, aucune tumeur ou saillie anormale. Les uretères étaient comprimés, dans leur passage, à travers les tuniques vésicales; ils étaient dilatés au-dessus, ainsi que les bassinets et les calices, qui avaient refoulé le parenchyme du rein.

Quelques membres émettent du doute sur la nature cancéreuse de

l'affection, à cause de l'épaississement uniforme de la paroi vésicale sans ulcération ou tumeur en aucun point.

20. *M. Verneuil* montre des altérations multiples et diverses du système osseux, trouvées sur le cadavre d'un enfant de 3 à 4 ans, abandonné aux dissections de l'École-Pratique.

Les poumons de ce sujet renfermaient des tubercules. A travers les parties molles, on voyait des trajets fistuleux au coude gauche, et sur le dos de la main du même côté. Auprès de l'articulation du coude, la tête du cubitus offre un gonflement assez considérable avec un séquestre volumineux qui tend à s'isoler. Le cloaque qui est placé à la partie postérieure de l'extrémité supérieure du cubitus porte et sur l'os et sur le cartilage épiphysaire également entamé. Sur une portion de la petite tête du radius existe une véritable ulcération du cartilage.

L'extrémité inférieure de l'humérus est gonflée; de nouvelles couches périostales se sont déposées à sa surface; le tissu médullaire y est rouge, consistant, élastique.

Sur la face postérieure de la main, siège de fistules, se rencontre sur le deuxième métacarpien, un petit séquestre invaginé par des productions osseuses nouvelles: une lésion semblable, mais moins développée, existe sur le cinquième métacarpien.

La bouche était le siège d'une gangrène; à droite et vers la partie moyenne de l'os maxillaire supérieur, au niveau d'une large ulcération, existe une tache noirâtre sans solution de continuité du tissu. Quand on examine l'intérieur de l'os, on trouve que cette tache est l'indice d'une cavité formée aux dépens de l'os, et ne contenant aucun débris de l'os: la disparition du tissu osseux a dû reconnaître pour cause, dans ce cas, l'absorption.

Un peu à droite de la symphyse, et dans une étendue de 2 centimètres du maxillaire inférieur, à côté de la symphyse, il y a désunion complète des deux moitiés de l'os, par perte de substance sans séquestre. Les parties molles qui recouvraient cette lésion étaient saines.

Tout le long de la face interne de l'os maxillaire inférieur existent

de petites saillies jaunâtres implantées sur l'os, assez fermes, et dont la nature n'a pas été déterminée.

A la partie moyenne de l'os malsain droit, le tissu osseux a disparu dans l'étendue de deux centimètres environ, et est remplacé par un tissu jaune, lisse, assez ferme.

21. *M. Broca* montre une carie du rachis avec abcès ossifluent pénétrant dans la bourse muqueuse, qui recouvre l'articulation coxofémorale, et de là dans l'article lui-même.

M. Verneuil rapporte avoir rencontré, l'an dernier, une pièce semblable : le pus avait pénétré dans la bourse muqueuse, mais pas dans l'articulation sous-jacente.

Cancer colloïde du sein, des glandes axillaires, du médiastin, des plèvres et des poumons. Observation précédée de l'analyse des principaux travaux sur le cancer colloïde.

Par le docteur H. LEBERT.

A ne considérer que les caractères physiques extérieurs du cancer colloïde, on a droit de s'étonner que cette affection n'ait pas été décrite et étudiée par les anciens auteurs. Cependant ce n'est que dans les écrits des anatomopathologistes de ce siècle, que l'on rencontre les premières notions sur ce sujet. Dans un mémoire publié en 1815, à Breslau, sur des faits rares d'anatomie, de physiologie et de pathologie, Otto décrit le cancer gélatiniforme de l'estomac, qu'il regarde comme une variété du squirrhe. L'ancien Dictionnaire de médecine, le traité d'anatomie pathologique de Lobstein ne contient rien qui ait trait à cette affection. *M. Andral*, dans son Traité d'anatomie pathologique, publié à peu près à la même époque, parle bien de la matière colloïde, mais nulle part du cancer colloïde. Le premier travail sur le cancer gélatiniforme, se trouve dans le traité

d'anatomie pathologique du corps humain de M. Cruveilhier. (Paris, 1829-35. Liv. x, pl. 3 et 4). Suivant cet auteur, le cancer gélatiniforme est constitué par une trame aréolaire renfermant dans ses mailles une gelée transparente ; il existe sous forme d'infiltration ou de tubercules disséminés, occupe de préférence l'estomac et surtout sa portion pylorique ; cependant M. Cruveilhier en a rencontré également dans l'intestin grêle, le cœcum, le rectum, l'utérus, les ovaires et les os. Quant aux symptômes locaux auxquels donne lieu ce produit morbide, ils sont en général obscurs, et ne causent qu'une gêne locale plutôt qu'une douleur réelle. La première figure de la 4^e planche de cet ouvrage nous semble être surtout une reproduction fidèle du cancer gélatiniforme. A propos de la xxiv^e planche du même ouvrage, M. Cruveilhier revient sur le même sujet, et trouve dans le cancer aréolaire de la matrice l'analogue du cancer gélatiniforme. J'ai longtemps partagé cette opinion ; mais aujourd'hui des recherches nouvelles m'ont démontré que le cancer aréolaire de la matrice n'était qu'une variété de l'encéphaloïde. Je ne partage pas non plus l'opinion de M. Cruveilhier, qui regarde la trame du cancer aréolaire gélatiniforme comme constituée par un réseau veineux anormalement développé. (Liv. xxiv, p. 8).

Carswell (Pathol. anat., London, 1838, explication de la fig. 8, de la pl. I, article Carcinoma) ne donne qu'une description incomplète de la lésion qui nous occupe ici.

J. Muller, dans son ouvrage sur les tumeurs, (Ueber den feineren Bau der krankhaft. Geschw., Berlin, 1838), publia les premières recherches sur la nature histologique du cancer colloïde. Outre la trame fibreuse, il indique l'existence de cellules mères remplies de noyaux, de petites

cellules à noyaux, et de grandes cellules à parois fibreuses ; ces dernières sont sans doute les grandes cellules à parois lamelleuses, concentriques, que j'ai rencontrées plusieurs fois dans le cancer colloïde.

Dans ces dernières années, d'autres travaux ont été publiés sur le cancer colloïde ; je citerai surtout ceux de Broers, Vogel, Gluge, Hannover, Gunsburg, Désormeaux, Warren, Bogger, Walshe, et un mémoire que j'ai composé sur ce sujet. Cependant chacun de ces observateurs avait observé par lui-même un trop petit nombre de faits, pour pouvoir donner une histoire complète de la maladie. Le mémoire de Frerichs (*Ueber colloïd-geschwuels*. Göttingen, 1847), renferme un exposé complet des travaux publiés jusqu'à lui.

Enfin nous devons citer une analyse chimique d'un cancer colloïde faite par Mulder (*Observationes anatom. path.*, auct. F. C. Broers, Lugd. Batav. 1837). Ce chimiste a constaté que la matière gélatineuse du cancer colloïde diffère par sa composition de toutes les autres substances organiques connues ; elle est insoluble dans l'eau, soluble dans la potasse, ne pouvant pas alors être précipitée de nouveau par l'acide acétique. Chauffée avec l'acide chlorhydrique, cette substance gélatiniforme ne se colore pas en noir ; traitée par l'acide nitrique, elle ne donne pas lieu à la formation d'acide xantho-protéique. Cette gelée se distingue du mucus par sa solubilité dans l'acide acétique ; de la ptyaline par son insolubilité dans l'eau ; des combinaisons protéiques enfin, en ce qu'à l'état de dissolution elle n'est pas précipitée par le cyanure de fer et de potasse, mais par l'infusion de noix de galle.

Quant à la nature de la matière gélatiniforme, quelques auteurs la rattachent au cancer, d'autres, au contraire, la croient indépendante de ce produit morbide.

Observation. — Une femme de 42 ans, entre le 3 juillet 1851 à l'hôpital de la Charité (service de M. Briquet): Amaigrie, sans cependant être arrivée jusqu'au marasme, le teint un peu jaunâtre, la malade accuse une oppression marquée et une faiblesse générale qui rend un interrogatoire complet impossible. Il y a 12 ans, elle remarqua au sein gauche l'existence d'une tumeur peu volumineuse, augmentant lentement sans occasionner de douleurs marquées, et ne causant aucune altération notable de la santé. Il y a trois ans, elle éprouva les symptômes d'une maladie aiguë des voies respiratoires du côté droit, qu'on pouvait rapporter, d'après la description qu'elle donne, à une pneumonie. Cependant ce qui fait hésiter sur la réalité de ce diagnostic, c'est que depuis la manifestation des accidents aigus du côté du thorax, la gêne de la respiration s'est accrue graduellement, si bien que dans les derniers temps de la vie, la malade était obligée de demeurer constamment assise dans son lit; en même temps les forces et l'embonpoint diminuèrent graduellement.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, trois jours avant la mort, on constata l'état suivant : la tumeur offre le volume du poing, ayant un diamètre transversal de 1 décimètre, le vertical mesurant 8 à 9 centimètres. La peau qui la recouvrait était saine; la surface de la tumeur est inégale, parsemée de petites bosselures qui atteignent à peine le volume d'une noisette, sa consistance ferme, comparable à celle du cartilage; elle est mobile sur les tissus sous-jacents. La malade ne ressent à ce niveau aucune douleur spontanée; les explorations répétées et la pression ne provoquent qu'une gêne peu marquée. Dans l'aisselle gauche les glandes lymphatiques forment un paquet volumineux, plus long que large, à surface bosselée et

atteignant le volume d'un œuf de poule. Sentiment de gêne dans les mouvements respiratoires, qui n'ont cependant pas augmenté de fréquence. En avant à gauche, la percussion donne un son mat de bas en haut, jusqu'au niveau de la tumeur du sein; dans toute cette étendue la respiration est presque nulle; plus haut, jusqu'à la clavicule, la sonorité est conservée; on entend une respiration rude soufflante, sans râle, la voix retentit dans cette portion du poumon plus que dans l'état normal. A droite la matité remonte jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au dessous de la clavicule, la percussion et l'auscultation fournissent les mêmes résultats que du côté opposé. En arrière l'exploration fait reconnaître des symptômes analogues à ceux que l'on perçoit par l'examen de la région antérieure du thorax. Depuis trois ans, époque où la malade a commencé à ressentir les premiers accidents du côté des voies respiratoires, elle a presque constamment toussé et expectoré, comme elle le fait encore actuellement, une matière aqueuse à peine muqueuse. Le pouls est faible, régulier à 80. Les fonctions digestives s'exécutent normalement. Pendant trois jours l'oppression croît graduellement, et la malade succombe le 6 juillet dans la matinée.

Autopsie.—28 heures après la mort (température extérieure $+22^{\circ}$ c.)

La peau du sein n'offrait aucune adhérence avec la surface de la tumeur; celle-ci était sous-jacente à la glande mammaire qui la recouvrait et avait conservé dans l'épaisseur d'un centimètre environ son aspect normal; au-dessous, elle se confondait dans la moitié environ de sa circonférence avec le produit morbide; l'autre moitié lui étant simplement reliée par du tissu cellulaire. Cependant cette portion de la glande mammaire, en apparence saine

contient également de petites tumeurs colloïdes irrégulièrement disséminées. La production morbide pénètre dans le thorax; en effet, tout l'espace intercostal est occupé par des tissus gélatiniformes, près du bord des côtes on remarque seulement quelques fibres tendineuses d'un blanc bleuâtre; partout ailleurs la matière demi transparente a remplacé les fibres musculaires.

Les glandes axillaires engorgées ne sont pas reliées à la tumeur par des vaisseaux lymphatiques malades; elles s'enucléent facilement et présentent à leur surface comme à leur intérieur les caractères les plus manifestes du tissu colloïde. Comme dans la tumeur mammaire, on y rencontre des aréoles fibreuses, blanchâtres, remplies de granulations gélatiniformes; les cellules aréolaires sont moins visibles dans les glandes lymphatiques que dans la mamelle. Le tissu propre des ganglions a disparu en totalité; il en est de même du tissu cellulaire qui leur est interposé; à leur surface s'étalent des réseaux vasculaires fins.

Le poumon droit est fixé par des adhérences étroites en arrière et au sommet de la cavité thoracique; des adhérences plus intimes formées par de petites tumeurs colloïdes attachent la face inférieure du poumon au diaphragme. Les deux poumons sont malades, le droit plus que le gauche. La lésion du sein siégeant du côté gauche, prouve déjà, comme nous le démontrerons d'ailleurs plus loin, que les lésions des organes voisins n'étaient pas occasionnées par la propagation par contiguité des tissus. Dans la presque totalité du poumon droit, on rencontre, au lieu du parenchyme pulmonaire normal, un tissu colloïde dense; dans le quart supérieur seulement, la lésion n'existe que sous forme de petites tumeurs isolées. La surface de l'organe est irrégulière, parsemée de mamelons variant du volume

d'une noix à celui d'une aveline ; la circonscription des lobules pulmonaires y est encore reconnaissable, surtout au niveau du bord des lobes du poumon. A son intérieur on trouve tout le poumon envahi par la matière colloïde, presque exsangue à l'intérieur, recouvert au contraire à la surface extérieure de l'organe de petits lacs vasculaires. A la coupe on trouve à peine quelques rares canaux bronchiques ayant conservé leur perméabilité.

La moitié du poumon gauche est envahie par le tissu colloïde dans son tiers inférieur ; partout ailleurs on trouve disséminées à sa surface et dans son intérieur une grande quantité de tumeurs colloïdes isolées ou confluentes, variables pour leur grosseur depuis le volume d'un pois jusqu'à celles d'un marron.

Le tissu cellulaire du médiastin antérieur et postérieur est complètement envahi par le tissu colloïde ; il en est de même des ganglions lymphatiques situés autour de la bifurcation des bronches.

Le cœur était sain. Les autres organes, examinés avec soin, ont été trouvés à l'état normal.

Le tissu colloïde offre dans tous les organes qu'il envahit à peu près la même structure. Dans la mamelle, plusieurs mamelons de la masse colloïde renfermaient plusieurs foyers hémorragiques, dont l'un était capable de loger une noisette. La couleur du tissu colloïde varie du jaune pâle au gris verdâtre ; il est incomplètement transparent. Cette matière gélatineuse est contenue dans des aréoles d'un tissu blanchâtre, fibreux à mailles régulières, formant des écartements de dimensions variables, mais qui ne dépassent pas cependant la grosseur d'une petite lentille. Des vaisseaux rampent partout à la surface, et pénètrent même

jusqu'à la périphérie des aréoles et dans les poumons, dans les espaces interlobulaires. Ailleurs des tractus fibreux plus épais ne renferment que des traces ou vestiges de matière gélatineuse. Ailleurs enfin on rencontre un tissu d'un jaune un peu terne analogue à la matière phymatoïde, mais plus luisante qu'elle.

La tumeur du médiastin était consistante, homogène, comparable pour son aspect à la couenne de lard ; celle du sein était plus rouge ; dans les poumons elle était plus grisâtre, moins transparente. Dans les ganglions lymphatiques, la matière colloïde présentait les caractères les plus manifestes.

Examen microscopique. — La base ou le squelette du tissu colloïde est partout constitué par une charpente fibreuse qu'on aperçoit surtout distinctement dans la mamelle ; elle est formée par un entrelacement de fibres rigides, disposées en faisceaux, laissant à nu dans leur écartement des interstices irrégulièrement circulaires, présentant aussi un aspect analogue à la charpente fibro-aréolaire du poumon. L'élément le plus curieux que l'on rencontre dans la matière gélatineuse proprement dite, sont des cavités closes d'une transparence presque cristalline ; de grandes utricules offrant les caractères des cellules mères, enfin des cellules à noyau et des noyaux libres contenus en grande partie dans les grandes utricules renfermées elles-mêmes dans les globes vitriiformes. D'autres amas de cellules et de noyaux sont en outre disséminés entre les fibres de la charpente aréolaire. Les grandes cavités dont le diamètre varie de un quart, à un demi, et même à un millimètre sont pâles et ne peuvent être vues distinctement qu'en projetant une vive lumière sur l'objet,

au moyen de l'appareil d'éclairage à lentilles de Nabet. Ces cavités rondes ou ovoïdes, ont des parois diaphanes formées de lames concentriques au nombre de 3 à 5, dans l'insertion desquelles on voit des noyaux. Dans l'intérieur des globes transparents sont contenues les grandes utricules ou cellules mères, dont le diamètre atteint de 0^{mm}03, 0^{mm}06, et au dessus; elles sont rondes, ovoïdes ou irrégulièrement allongées, et ne constituent point un épithélium interne. Parmi les cellules et les noyaux que ces utricules renferment, les uns ressemblent aux cancéreuses, les autres n'offrent pas les caractères de cet élément morbide. Le diamètre de ces cellules sont de 0^{mm}015 à 0^{mm}03, leurs parois sont pâles. Les noyaux dont quelques-uns ont un diamètre de 0^{mm}01 varient en général de 0^{mm}006 à 0^{mm}008. Les nucléoles ont un diamètre variant de 0^{mm}02 à 0^{mm}025.

Un grand nombre de larges utricules qui renferment des noyaux et des cellules ont un aspect terne, foncé et granuleux, dû à une infiltration granulo-graisseuse qu'on rencontre dans leur intérieur.

L'examen chimique de cette substance fait par le docteur Wurz, a montré que sa composition, différente de la gélatine véritable, à part un principe élémentaire, n'est l'analogue d'aucune substance organique connue. Elle présente cette particularité remarquable, qu'elle contient fort peu d'azote, à peine sept pour cent.

Extrait du rapport de M. VERNEUIL, sur l'observation précédente.

J'ai eu l'occasion d'examiner à l'hospice de la Salpêtrière il y a quelques années un cas analogue à celui de M. Lebert; malheureusement l'examen microscopique n'a pas été fait; néanmoins je crois qu'il est permis d'y re-

connaître la nature cancéreuse de la lésion. Voici l'observation telle que je la trouve dans des notes recueillis à cette époque.

Tumeur cancéreuse du sein gauche ; cancer colloïde de la plèvre, du poumon gauche et du sternum.

Une femme d'une soixantaine d'années, de la division des incurables, admise depuis longtemps à la Salpêtrière, était couchée au n° 4, de la salle Sainte-Anne (service de M. Manec) lorsque j'y pris les fonctions d'interné, le 1^{er} avril 1844. Elle portait au sein gauche une tumeur cancéreuse du volume de la tête d'un fœtus à terme, largement ulcérée à son sommet, et couverte dans ce point d'une couche épaisse de détritüs sanieux et sphacélé. La malade était faible, amaigrie, son teint cachectique. M. Manec jugea la maladie au dessus des ressources de l'art. Un mois environ avant sa mort, la malade se plaignait d'oppression et de gêne dans la respiration ; par l'auscultation et la percussion on ne constatait du côté droit du thorax rien d'anormal, à gauche la sonorité était normale; on entendait par l'auscultation à ce niveau, un frottement rude dont je constatai plusieurs fois l'existence, sans pouvoir le rapporter à aucune des modifications des bruits respiratoires occasionnées par les maladies du poumon ou de la plèvre.

A l'autopsie je constatai les particularités suivantes : la tumeur occupait la place de la glande mammaire dont on ne retrouvait aucune trace. La peau, saine à la périphérie de la tumeur, était complètement détruite à son sommet qui correspondait au point ulcéré. Les ganglions axillaires étaient volumineux et altérés, malheureusement mes notes n'indiquent pas les caractères de leur altération. Le pro-

duit morbide offre des caractères variables suivant les points où on l'examine : dans certains points c'est une matière cérébriforme plus ou moins ramollie , infiltrée de sang , parsemée de quelques foyers hémorrhagiques en petit nombre ; ailleurs c'est une masse d'un gris rosé , translucide , gélatiniforme , comme formée de grumeaux plus ou moins cohérents , comparable à de la semouille cuite et prise en masse ; ce tissu est uniformément teint en rouge , mais ne contient pas de foyer sanguin ; il se laisse facilement écraser par le manche du scalpel. L'ulcération, qui pendant le temps où la malade fut soumise à mon observation, ne donna jamais lieu à des hémorrhagies notables, repose en partie sur la matière cérébriforme et en partie sur la trame colloïde. La tumeur n'adhérait que médiocrement aux couches sous-jacentes ; néanmoins le muscle grand pectoral était décoloré , comme atrophié , conservant encore sa structure musculaire. Les muscles intercostaux paraissent sains.

La plèvre pariétale , costale et diaphragmatique était parsemée d'une foule de petites tumeurs , les unes polypiformes, les autres en forme de plaques ; elles étaient disséminées sans ordre , sur la face convexe du diaphragme ; elles étaient recouvertes par la plèvre. Leur coloration était blanche et rosée à la surface, d'une couleur plus foncée à leur intérieur ; les unes hyalines, formées de grumeaux gélatiniformes comme la tumeur principale, les autres plus consistantes étaient sous le scalpel, sans avoir l'aspect fibreux : elles avaient la teinte blanche bleuâtre des cartilages d'ossification des os du fœtus. Dans cet ensemble, ces tumeurs n'avaient pas les caractères du squirrhe ou de l'encéphaloïde. Ces dernières tumeurs, beaucoup plus rares

siégeaient sur le diaphragme. Les plaques étaient rosées à leur surface ; elles offraient un aspect granuleux très marqué, on eût dit de petites masses d'œufs de poisson recouvertes d'une mince pellicule. La plèvre pulmonaire était saine dans presque toute son étendue ; seulement sur les bords tranchants de sa base et de la scissure interlobulaire existait une bordure mince et étroite d'un tissu granuleux, analogue à celui des plaques déjà décrites. Le poumon présentait à son centre quatre à cinq noyaux du volume d'une noix ou d'une noisette, formés par un tissu colloïde parfaitement caractérisé ; je ne pus pas bien saisir les limites de ces tumeurs qui du moins n'étaient pas enkystées. La plèvre, sauf un peu d'injection capillaire, ne présentait aucune trace de phlegmasie ancienne ou récente.

Le sternum vers sa partie moyenne présentait une légère bosselure saillante dans le médiastin ; j'enlevai avec soin le périoste épais qui la recouvrait en arrière, et je découvris alors une tumeur ovoïde aplatie dans le sens antéro-postérieur et bridée en avant et en arrière par le tissu fibreux périostique ; elle était constituée par un tissu transparent jaunâtre gélatiniforme peu consistant, et formée de grumeaux semblables à ceux que nous avons décrits plus haut ; son plus grand diamètre, le vertical, mesurait trois centimètres ; elle avait perforé l'os de part en part. Au pourtour de cette production morbide, l'os était coupé comme à l'emporte-pièce, ne présentant, de même que des tissus environnants, aucune trace de travail inflammatoire. Une côte, la quatrième je crois, offrait à quelques centimètres du cartilage costal une tumeur absolument semblable, qui avait déterminé une saillie fusiforme, mais était partout environnée par le périoste sain.

Ce cas présente avec l'observation de M. Lebert de nombreuses ressemblances. Il montre une infection générale transmise à distance, c'est-à-dire sans propagation par continuité; il montre encore des dépôts de matière morbide sans traces de phlegmasie dans les organes, qui, comme la plèvre et les os spongieux, s'enflamment très facilement. Les tumeurs de la plèvre expliquent le bruit de frottement rude perçu par l'auscultation; ces tumeurs étaient toutes colloïdes; celles qui étaient plus dures, plus blanches, étaient-elles constituées par de l'encéphaloïde cru? Je ne puis en l'absence d'un examen microscopique, trancher la question; cependant je puis assurer que l'examen des pièces me laisse une impression contraire à cette opinion. Mon observation montre encore l'association des deux formes de cancer, l'encéphaloïde et le colloïde; ce n'est pas rare, il est plus intéressant de voir le second pulluler davantage que le premier, et les tumeurs de la plèvre étaient réellement encéphaloïdes, d'autres colloïdes; il serait curieux de voir la propagation du cancer se faire sous deux formes différentes.

Je joindrai ici une note sur une autre pièce de colloïde, que j'ai récemment étudiée.

Tumeur colloïde de la cuisse.

Le 22 novembre 1851, un élève me remit une tumeur du volume d'un petit testicule située au tiers supérieur de la cuisse gauche. Cette tumeur était accolée à la surface interne du fémur, sans adhérer à l'os et saillante entre le bord interne du vaste interne et les vaisseaux fémoraux; du reste elle était parfaitement mobile, entourée de tissu cellulaire mince et recouverte seulement en quelques

points par une couche peu épaisse de fibres musculaires du triceps. La tumeur n'est pas enkystée; sa surface est blanchâtre, comme lobulée; elle est formée par une membrane d'enveloppe mince; opaline, résistante, de la face profonde de laquelle partent des cloisons très tennes, qui segmentent la masse et adhèrent très fortement à son tissu. La consistance de la tumeur est ferme, résistante. Sa coloration, plus pâle à l'extérieur qu'à l'intérieur, est d'une belle couleur de gelée de groseilles, tirant un peu sur le jaune. La coupe de la tumeur est homogène; on voit seulement au milieu de la trame gélatiniforme des tractus un peu plus pâles, qui ne sont autres que des cloisons celluluses dont j'ai déjà parlé.

J'ai examiné le tissu avec mon ami, M. Robin; nous avons trouvé à un grossissement de 600 fois une trame de tissu cellulaire très délicate en certains points, plus forte en d'autres, et dont les mailles étaient remplies par une matière amorphe; çà et là se voyaient quelques capillaires rares et tenus; nulle part d'épanchement sanguin, ni d'éléments cancéreux; quelques globules granuleux sont épars dans la masse. La membrane d'enveloppe est celluleuse.

Nous avons donc ici une tumeur de tissu colloïde ou fibro-colloïde de bonne nature, ou au moins sans mélange de cellules cancéreuses ou fibro-plastiques. L'homogénéité de la masse, la simplicité du tissu font de cette tumeur un type. Les affections de ce genre ont été peu décrites, pour tant, il semble qu'elles ne sont pas extrêmement rares. MM. Robin et Laboulbène et plusieurs membres de la Société de Biologie en ont rencontré des exemples; elles peuvent siéger partout; mais on les rencontre plus particulièrement dans le péritoine.

Ont été nommés pendant le 4^e trimestre de 1851 :

Membre titulaire :

M. LEBERT.

Membres adjoints :

**MM. ALBY, BUISSON, DESBUELLAS, TRÉLAT,
THÉRON.**

Membre correspondant :

M. le docteur HOLLAND, à Cork (Irlande).

SÉANCE ANNUELLE

Tenue le 16 février 1852 à la Faculté de Médecine.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ POUR L'ANNÉE 1852,

Par le docteur LEUDET, secrétaire.

MESSIEURS,

Parmi les devoirs auxquels oblige le titre de secrétaire que vous m'avez décerné, le plus important et sans aucun doute celui qui impose la plus grande responsabilité, est le compte rendu de vos travaux pendant l'année qui vient de s'écouler.

Le but de notre société est l'étude de l'anatomie normale et pathologique ; chaque année nous cherchons à élargir le cercle de nos recherches, et surtout à arriver sur chaque sujet à des résultats plus précis. Telle est aujourd'hui le nombre et la richesse des matériaux que nos prédécesseurs ont graduellement accumulés, qu'il n'est personne, qui, en cherchant à élucider un point nouveau d'anatomie pathologique, n'ait recours aux faits si variés et si importants que renferment vos bulletins. Nous travaillons ainsi, non seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir. Nous pouvons quelquefois dans le cours d'une année arriver à résoudre un des points encore en litige de la science ; mais le plus grand nombre de nos matériaux ne sont passusceptibles de nous fournir la solution immédiate des problèmes que nous étudions. Il est, en effet, dans la science de l'homme malade un certain nombre d'affections, dont les exemples ne se rencontrent qu'à des époques plus ou moins éloignées, de telle sorte que chacun de nous peut à peine en examiner lui-même quelques cas isolés. Degrés extrêmes de la même chaîne, dont il nous manque les intermédiaires propres à jeter

une lumière complète sur l'ensemble du sujet. C'est en apportant ainsi en commun les matériaux qui s'offrent à notre étude, que nous parvenons à élucider les questions diverses, travail auquel contribue et celui qui apporte l'analyse de chaque fait particulier, et celui qui le réunit ensuite pour en former une synthèse, un tout complet.

Je distingue donc dans nos bulletins, plusieurs ordres de faits. Je place en première ligne ceux que l'on rencontre rarement dans la science, dont nous déposons et conservons la description exacte ; puis les faits plus fréquents qu'on peut diviser en deux catégories : ceux qui viennent donner une sanction nouvelle aux lois générales, admises ; ceux qui modifient les opinions reçues, les renversent même pour les remplacer par une doctrine exacte.

Tout ce qui a trait à l'anatomie et à la physiologie normale et pathologique a place dans vos bulletins. Vous savez, messieurs, quelles sont chaque année et le nombre et la diversité des pièces anatomiques soumises à votre examen. Le compte rendu serait donc une systématisation plus ou moins heureuse, s'il ne consistait qu'à faire passer sous vos yeux l'énoncé sans aucun doute fort incomplet des sujets qui ont fixé votre attention ; déjà mon honorable prédécesseur, M. Broca, aujourd'hui votre vice-président, avait l'an dernier donné au compte rendu annuel une forme nouvelle, et mieux que tous les arguments, l'exécution même de ce travail était venue plaider en faveur de l'ordre nouveau qu'il avait établi. En entreprenant aujourd'hui un semblable travail sur des bases identiques, je cours, messieurs, sur plusieurs écueils que je ne dois pas dissimuler. Sans avoir l'attrait d'un plan nouveau et propre à son auteur, mon travail aura à redouter le désavantage d'une comparaison avec une œuvre conçue et exécutée par un de nos collègues les plus instruits dans notre science anatomo-pathologique.

Mais ce qui m'encourage dans l'exécution de mon travail, c'est la conscience d'y avoir employé toutes les forces que je possède et l'espérance de mériter ainsi votre indulgence.

En vous exposant, les faits rares présentés à la société pendant le cours de l'année dernière, je dois chercher avant tout à vous signaler dans une description courte, et cependant saisissable les différents points intéressants qu'ils vous ont présentés ; je chercherai de même à vous faire passer en revue plusieurs travaux fondés sur l'examen d'un grand nombre de pièces. Ces recherches sont éparses dans vos bulletins, et le soin m'incombe par conséquent de réunir en un seul faisceau les résultats des travaux que provoquent l'étude de pièces séparées, de rapprocher les cas analogues, et de constituer pour ainsi dire avec des éléments qui appartiennent souvent à plusieurs d'entre vous, l'histoire complète des sujets que vous avez étudiés.

Fidèle au plan habituel du compte rendu, j'examinerai séparément ce qui se rattache à l'anatomie normale, puis pathologique.

Anatomie normale.

Nous ne sommes plus à l'époque où la présence d'une sécrétion au sein d'une cavité close suffisait pour admettre dans son intérieur l'existence d'organes sécréteurs, de glandes. Aujourd'hui même la connaissance des éléments glandulaires ne suffit pas toujours pour expliquer les sécrétions : ainsi l'on rencontre dans certaines membranes, des follicules clos presque complètement étrangers à la sécrétion des liquides qui les lubrifient à l'état normal. C'est sur des éléments de cette nature, placés dans l'enveloppe séreuse du cœur que M. Corvisart (1) a fixé votre attention. Il nous a décrit et fait voir des *vésicules closes, probablement glandulaires dans le péricarde*. Déjà, comme il nous l'apprend lui-même dans une courte notice bibliographique qui suit son travail, les anciens anatomistes s'occupèrent de ces organes rudimentaires ; ainsi Lower admettait l'existence de glandes sécrétantes situées à la base du péricarde. Pour Peyer au contraire,

(1) P. 475.

ces glandes ne se rencontrent pas en réalité; mais c'est le péricarde lui-même qui, perforé d'une foule d'orifices, distille le liquide qu'il contient.

Malpighi exagère encore cette opinion, et pour lui la bourse séreuse qui environne le cœur est une glande pourvue de conduits et d'orifices. Plus tard Heister nie de nouveau les glandes, et fait sécréter la liqueur péricardine pendant la systole du cœur et des oreillettes; enfin dans le milieu du 18^e siècle, Lancisi décrit de nouveau des glandes ou plutôt des organes comparables à des follicules adipeux, et situés à la base du cœur. En résumé, vous voyez Peyer, Heister, Lancisi puis Sénac, indiquer successivement ces organes rudimentaires.

Ce sont ces organes que M. Corvisart a étudiés, avant d'avoir connaissance des travaux publiés antérieurement sur ce sujet. Il ne peut être question ici de vraies glandes pourvues de conduits excréteurs; car, dit-il, il n'en existe pas dans le péricarde; ce ne sont que des glandes rudimentaires ou des follicules clos. M. Corvisart les a rencontrés dans les trois quarts à peu près des péricardes examinés; ils manquent constamment sur le feuillet viscéral et aux deux tiers inférieurs de la couche pariétale; ils siègent toujours au voisinage de la réflexion de la tunique séreuse pariétale sur les gros vaisseaux, entourés par les fibres arciformes de la tunique fibreuse qui les embrasse. Tantôt ces organes sont disposés sur une ou deux lignes parallèles concentriques, tantôt ils sont épars ou vaguement groupés; leur nombre varie en général de 15 à 23; cependant quelquefois on en rencontre moins, deux ou même un seul. La membrane séreuse à laquelle ils adhèrent intimement forme une légère saillie à leur niveau. En général globuleux, plus ou moins turgides, les follicules clos transparents ou de couleur ambrée, présentent quelquefois à leur centre une tache blanchâtre simulant un orifice de 2^{me} à 0^{me}, 8. Le feuillet séreux passé sur le follicule. Il paraît à l'examen microscopique reconvert de cellules épithé-

liales se continuent avec le péricarde environnant ; des fibres de cellules striées l'entourent à sa base , et même quelquefois des fibres de cette espèce passent éloignées les unes des autres sur la surface de l'hémisphère. Le follicule possède une membrane d'enveloppe propre, hyaline, de un à trois centièmes de millimètre d'épaisseur , pourvue de stries cellulenses sans trace de cellules épithéliales à sa face interne ; il contient un liquide visqueux probablement , suivant notre collègue, une huile ou une substance albumineuse.

Telle est la disposition des follicules décrits par M. Corvisart, que chacun de vous a pu examiner à l'œil nu comme au microscope, sur les pièces qu'il nous a présentées.

Une anomalie dans la disposition anatomique du péritoine vous a été montrée par M. Deville (1). Dans cette pièce curieuse dont la description complète et détaillée a été donnée dans vos bulletins, une partie des intestins était située en dehors du péritoine; cette anomalie de la séreuse abdominale avait entraîné des changements dans la direction et les rapports du duodénum, du colon ascendant et du colon transversé. Déjà antérieurement, dans une pièce dont il donna une description verbale à la société et qui malheureusement fut perdue, l'intestin grêle n'était pas placé dans la grande cavité péritonéale, mais dans une autre située au-dessus du colon transversé.

En étudiant la *structure de la grande lèvres* chez la femme, M. Broca (1) a découvert dans l'épaisseur de ce repli un sac membraneux qu'il compare au dartos de l'homme, et qu'il propose de nommer *sac dartoïque de la femme*, ce sac membraneux dont l'extrémité supérieure, c'est-à-dire l'ouverture s'applique exactement à l'ouverture externe du canal inguinal, contient une masse graisseuse, constante. Dans son intérieur, vient se terminer en s'éparpillant, le ligament rond de l'utérus, et chez le fœtus, le cul de sac inférieur de ce prolongement péritonéal

(1) P. 15.

(2) P. 92.

qu'on appelle le canal de Nuck, et qui accompagne le ligament rond. La disposition de ce petit sac membraneux explique, suivant M. Broca, l'aspect que présentent certaines tumeurs qui se développent dans cette région; c'est ainsi qu'on peut rendre compte de la forme de quelques tumeurs de la grande lèvre qui, lorsqu'elles atteignent un certain volume, paraissent ovoïdes, ayant leur gros bout dirigé vers la fourchette, et leur petite extrémité plus rapprochée de l'anneau inguinal. C'est ce que l'on observe dans les kystes et les abcès. Cette même disposition anatomique explique pourquoi les hernies inguinales de la femme descendent dans la grande lèvre.

Les anomalies musculaires qui ont été mises cette année sous vos yeux sont peu nombreuses; je ne vous en citerai que deux. M. Broca (1) vous a fait voir une *anomalie du muscle transverse du périnée*. A gauche, un faisceau musculaire, assez volumineux, naissait à un décimètre en dehors de l'ischion, pour se terminer au raphé médian du périnée, s'étalant sur la partie postérieure de la fesse et de la cuisse.

Sur une pièce présentée par M. Fano (2), on voyait un *muscle surnuméraire de la partie inférieure de l'avant-bras*. Un faisceau charnu assez volumineux s'insérait au tiers inférieur de la face antérieure du radius, et se terminait par un tendon fixé à l'os trapèze. Ce muscle, animé par un filet du nerf interosseux, ne se retrouvait qu'à l'un des membres supérieurs.

La disposition normale de l'aponévrose palmaire a servi à M. Verneuil (3) à expliquer une forme particulière de *déviation du doigt auriculaire*. Notre collègue avait remarqué que dans les cas où le cinquième doigt est maintenu dans une flexion forcée, il éprouve une rotation légère dans l'articulation métacarpophalangienne, la concavité de l'arc qu'il forme étant tour-

(1) P. 230.

(2) P. 373.

(3) P. 223.

née vers l'éminence thénar. Ceci s'explique par la disposition anatomique suivante: l'aponévrose palmaire n'envoie de languette interdigitale qu'au côté radial de l'auriculaire, le côté cubital au contraire en est complètement dépourvu, d'où résulte dans la rétraction de l'aponévrose palmaire, une rotation du petit doigt dans l'articulation métacarpophalangienne et une disposition particulière que l'on ne retrouve pas dans la rétraction des autres appendices digitaux.

Anatomie Pathologique.

Fractures Dans un mémoire sur la *fracture du radius*(1), M. Verneuil nous a fait connaître une nouvelle *explication anatomique du mouvement d'abduction de la main dans les fractures* de l'extrémité inférieure de cet os. Il a constaté par la dissection des deux os de l'avant bras, que le coude demeurant intact, le principal moyen d'union de l'articulation radio-cubitale inférieure est constitué par le fibro-cartilage triangulaire qui réunit la base de l'apophyse styloïde du cubitus et le bord inférieur de la cavité sigmoïde du radius. Il pratique ensuite, au moyen d'un trait de scie une solution de continuité dans l'endroit où siègent d'habitude les fractures du radius, et même enlève une portion du cylindre de cet os. Sur la pièce ainsi préparée, M. Verneuil essaye en vain de faire éprouver un mouvement d'ascension au fragment carpien ou même de dévier l'axe de la main. En répétant au contraire la même opération sur un autre membre, en ayant soin préalablement de diviser les ligaments qui s'étendent du fibro-cartilage triangulaire à la cavité sigmoïde du radius, notre collègue put facilement repousser en haut le fragment inférieur de la fracture et produire les déviations bien connues dans la direction de l'axe de la main. Les mêmes symptômes peuvent se produire dans le cas de fracture de l'apophyse styloïde du cubitus.

(1) P. 269.

M. Verneuil conclut de ces expériences, que l'ascension du fragment inférieur du radius dans les solutions de continuité de la partie inférieure de cet os ne se produiront que dans les cas de déchirure du ligament ou de l'apophyse en question. Cependant, comme M. Verneuil l'ajoute lui-même, la rotation du fragment inférieur sur son axe longitudinal indiquée par M. Jarjavay, peut, en l'absence de ces lésions, donner lieu aux mêmes phénomènes dans les fractures du radius.

Luxations latérales du coude. Ce genre de luxations de l'articulation huméro-cubitale est le sujet d'un mémoire que M. Denucé a inséré dans vos Bulletins (1). Deux théories principales ont été émises pour expliquer ces déplacements : la flexion latérale et l'écartement ; à ces deux théories notre collègue en ajoute une troisième plus complexe. Quand on fait des expériences sur le cadavre, dit il, on est étonné de la facilité avec laquelle certaines luxations changent complètement de forme, et l'on se demande s'il n'en serait pas de même sur le vivant ; il n'est pas question ici de déplacements secondaires, mais d'une violence compliquée ou durant un certain temps qui pourrait d'abord produire un déplacement, puis le changer en un autre ; ainsi dans une luxation en arrière, on peut distinguer trois temps, les deux premiers étant employés à opérer le déplacement primitif, et le troisième la luxation définitive.

M. Denucé s'occupe principalement des luxations en dehors, dont il a observé lui-même un exemple remarquable. Un homme de 35 ans avait fait une chute sur un escalier, le bras étant dans l'abduction et la flexion ; trois heures après l'accident, on trouva le membre dans la demi flexion invariable et dans la pronation forcée, ne pouvant être ramené en supination. L'épitrachée, la trochlée surmontée de la cavité olécrânienne libre, puis l'épicondyle étaient faciles à reconnaître à la partie interne

(1) P. 292.

du membre, l'olécrâne un peu saillant en arrière et en bas, placé en dehors du condyle, paraissait déjeté en dehors de la surface articulaire, et embrassait dans sa cavité sygmoïde le dessous de l'épicondyle. En dehors de l'olécrâne, on trouvait un enfoncement formé par la cavité sygmoïde du cubitus, enfin en avant l'apophyse coronale et en arrière le bec olécrânien. En avant de l'épicondyle, on reconnaissait facilement une saillie osseuse formée par la petite tête du radius. La largeur du coude était augmentée. Le diagnostic fut facile à poser, et l'on reconnut une luxation complète en dehors du coude. La réduction s'opéra facilement en ramenant le bras dans la supination et pratiquant l'extension.

La comparaison de ce fait avec ceux de MM. Nélaton, Robert, Soulé, Périn, Dubreuil et Pioget, a fait reconnaître à M. Denucé l'existence de deux variétés de la luxation en dehors la sus et sous-épicondylienne. Ces deux variétés de luxation, d'après notre collègue, trouvent leur raison d'être dans la disposition anatomique suivante : un faisceau musculaire très fort, très résistant part de l'épicondyle ; la cavité sygmoïde, chassée en dehors, vient par sa concavité embrasser la voûte ostéo-musculaire formée par ces muscles et l'épicondyle, et trouve là une résistance devant laquelle elle peut s'arrêter. Si la force est extrême, elle surmonte cet obstacle, soit en chassant les muscles devant elle, soit en les déchirant, soit en arrachant une portion osseuse.

Dans tous les cas publiés, la luxation a paru reconnaître pour cause un choc direct. Je ne vous exposerai pas les symptômes locaux que présentent les deux variétés de luxation en dehors la sus et sous-épicondyliennes, M. Denucé les a étudiées avec soin, et je n'aurai qu'à vous donner une reproduction textuelle de son travail (1).

(1) P. 302.

Des luxations incomplètes en dehors, il n'existe qu'un seul exemple authentique, c'est une pièce déposée par M. Poumet dans le Musée Dupuytren.

J'ai déjà parlé de la possibilité de la fracture d'une des apophyses de l'extrémité inférieure de l'humérus dans les luxations en dehors ; M. Dénucé nous en cite un exemple observé par lui, et apporte à l'appui de son opinion une pièce décrite par M. Bouisson, dans laquelle une lésion semblable existait.

C'est par l'étude des luxations latérales du coude en dedans que se termine le travail intéressant que j'analyse ici. Les faits cliniques, des expériences sur le cadavre, ont conduit notre collègue à admettre trois sortes de luxations en dedans : une incomplète et deux variétés de luxation complète, radio-antérieure, et l'autre radio-postérieure ; mais par le fait, dit-il, nous n'admettons comme démontrée que la luxation dans laquelle le cubitus quitte la trochlée et embrasse l'épitrôchlée, tandis que le radius passe en avant de la surface articulaire humérale.

Ce que cette étude des faits cliniques fait surtout reconnaître, c'est que les délabrements énormes signalés dans ces déplacements du coude par les auteurs, n'existent pas à beaucoup près, et que l'on rencontre au contraire des formes plus simples, des accidents beaucoup moins graves que l'anatomie et la physiologie de l'articulation expliquent parfaitement.

Pieds bots. Depuis plusieurs années, l'anatomie pathologique des pieds bots, et surtout les lésions musculaires qui les accompagnent, ont fréquemment fixé votre attention. C'est surtout à M. Broca que nous devons d'avoir vu les nombreux exemples qui lui ont servi à démontrer, d'une part, l'exagération d'une doctrine jusqu'alors admise, et de nous avoir fait connaître, en outre, un nouveau genre de lésions musculaires qui produisent la déviation du pied. Les premières présentations de M. Broca remontent à

1847; cette année surtout, vous avez examiné de nouvelles pièces confirmatives des opinions émises, et qui ont permis à notre collègue de les formuler d'une manière certaine.

Les pièces que nous avons vues sont surtout relatives à deux ordres de faits : dans la première série rentrent les pieds-bots déjà connus et décrits par les auteurs ; dans une seconde nous placerons les pieds-bots déterminés par une lésion jusqu'alors méconnue, l'altération graisseuse primitive et progressive des muscles de la jambe et du pied.

La dissection attentive de plus de 20 pieds-bots n'a jamais fait rencontrer à notre collègue un seul exemple de la prétendue transformation fibreuse des muscles. Certains muscles peuvent, il est vrai, perdre en s'atrophiant leurs fibres musculaires et se réduire à leur squelette fibreux préexistant. C'est là, comme vous avez pu le voir (1) une disposition particulière du muscle consécutive à sa paralysie ou à son immobilité. Sur un muscle grand pectoral, que vous montrait à la fin de l'année M. Broca, cette lésion était des plus manifestes. Sa nature, son mode de formation parut évidente à tous les membres présents. Une autre fois, il est vrai, une petite tumeur fibreuse, et probablement de nature syphilitique, existait dans l'épaisseur d'un biceps huméral que vous a montré M. Broca (2); mais ce n'était pas là une transformation fibreuse; d'ailleurs il n'y avait aucun raccourcissement du muscle. L'an dernier (3), M. V. Racle a prétendu mettre sous vos yeux un muscle devenu fibreux, trouvé sur le squelette d'un lapin dont plusieurs vertèbres offraient une déviation marquée. Malheureusement ce fait ne fut pas examiné par nous avec l'attention qu'il méritait, et depuis nous n'avons pu en faire une étude plus exacte. Sans donc vouloir nier le fait, nous ne

(1) P. 579.

(2) P. 580.

(3) Bullet., 1850, p. 340.

pouvons y attacher une trop grande valeur, lorsque d'autre part, nous nous rappelons que, par un singulier hasard, aucun de nos collègues n'a rencontré de pièce semblable.

Notre collègue M. Broca ne repousse pas l'intervention des muscles dans la déviation de l'axe du pied. Ainsi sur un pied-bot équin, qu'il nous montrait à la fin de cette année, la rétraction musculaire non accompagnée de transformation fibreuse, lui paraissait l'unique cause de la difformité, et ce qui venait prouver la vérité de cette opinion, c'est qu'après la section du tendon d'Achille, le pied se redressa et reprit absolument sa forme la plus normale. Dans d'autres cas enfin où la rétraction musculaire, comme cela arrive le plus fréquemment, est consécutive à la déviation, la section des muscles est utilement employée pour obtenir la guérison.

D'autres pièces ont mis en lumière un autre mécanisme de la déviation du pied. Sur plusieurs pieds-bots, que vous avez pu examiner, aussi bien cette année que les années précédentes, la déformation du squelette était évidemment due à autre chose qu'à l'action musculaire, car les muscles dont la rétraction aurait pu produire le pied-bot, loin d'être tendus, étaient relâchés. La cause première résidait alors, suivant M. Broca, comme Scarpa l'avait annoncé, dans une disposition vicieuse des articulations.

Les causes du pied-bot sont donc multiples, et peuvent être attribuées aux circonstances suivantes :

Action musculaire rétractive du triceps, pied équin (1).

Maladie chronique des os du tarse (carie et nécrose) (2).

(1) Bullet. 1849, p. 327. Bullet. 1851, 255.

(2) Décembre 1851.

Mauvaise conformation des genoux, changeant les conditions d'équilibre (1).

Enfin, l'altération graisseuse primitive des muscles.

Nous devons faire remarquer ici, qu'aucune de ces causes ne s'applique au pied bot congénial. M. Broca, adoptant l'opinion de Scarpa, attribue ce dernier à une conformation vicieuse des os, les muscles étant toujours dans ce cas parfaitement sains (2).

Ce n'est là, en tout cas, que l'élément initial de la maladie ; des causes semblables agissant partout ailleurs qu'au pied, ne donnent, en général, lieu qu'à des difformités légères, à moins qu'elles ne soient portées à un degré extrême. L'élément essentiel, c'est le poids du corps pendant la marche ; aussi voit-on beaucoup de déviations congéniales des pieds se redresser sur les enfants d'une manière spontanée ; d'autres, au contraire s'exagérer lorsque l'enfant commence à marcher.

J'arrive, Messieurs, à un nouvel ordre de faits, à cette espèce de pieds-bots qui reconnaît pour cause, suivant notre collègue, une altération graisseuse primitive des muscles. Cinq faits de ce genre ont été présentés par M. Broca à la Société (3) ; de plus, notre collègue a rencontré un fait semblable qui n'a pas été mis sous vos yeux, enfin l'ouvrage de Vicq d'Azyr en renferme un exemple. Ces pièces lui ont servi à démontrer les deux propositions suivantes :

1 L'équilibre du pied détruit par une paralysie donne lieu au pied-bot, chez les malades qui continuent à marcher ; 2° cette paralysie est la conséquence et non la cause de l'altération graisseuse des muscles.

A l'époque où M. Broca commença à s'occuper sérieuse-

(1) Bullet. 1847, p. 402.

(2) P. 444.

(3) Bullet. 1847, p. 468. Bullet. 1850, p. 40. Bullet. 1851, p. 50.

ment de cette question, c'est-à-dire, il y a deux ans, une théorie ingénieuse sur le mécanisme de la formation des pieds bots, était généralement admise. On considérait alors tous les pieds-bots congéniaux, et même la plupart de ceux qui se formaient après la naissance, comme dus à la rétraction musculaire convulsive. Quelquefois, en effet, le pied-bot acquis se développe à la suite d'une affection nerveuse convulsive, il est possible que la même influence s'exerce pendant la vie intra-utérine; cela est possible, disons-nous, mais on ne peut admettre une pareille manière de voir que sur l'exposé de preuves évidentes; M. J. Guérin en a donné deux principales.

1° Il a cité une collection de fœtus chez lesquels des pieds-bots coïncidaient avec des lésions originelles des centres nerveux.

2° Il a indiqué un caractère anatomique qui serait, suivant lui, la preuve absolue de la rétraction musculaire primitive; ce caractère, c'est la *transformation fibreuse* des muscles rétractés. Cette transformation, suivant M. J. Guérin, permettrait de reconnaître, à toutes les époques de son développement, l'origine des pieds bots. Il l'a décrit comme se manifestant dans les muscles, dont la rétraction a pu produire la déviation; quant aux autres muscles des membres, ils peuvent subir une autre altération, la transformation graisseuse, lorsque, par suite de la position vicieuse du pied, ils sont condamnés à un repos trop longtemps prolongé.

Il y a deux ans, M. Broca chercha à vérifier par l'inspection anatomique directe, l'exactitude des assertions sur lesquelles reposait cette théorie. Déjà, en 1847, notre collègue avait présenté à la Société anatomique, deux pieds-bots sur lesquels les lésions indiquées par M. J. Guérin, n'existaient pas. L'un de ces pieds-bots, consécutif à une affection des os du tarse, s'était déve-

loppé après la naissance (1), et n'était pas de nature à ébranler la théorie que nous venons de citer ; mais l'autre était un valgus congénial (2) provenant d'un sujet adulte, et sur lequel on rencontrait plusieurs muscles grassex, mais pas un seul fibreux. M. Broca crut trouver une exception à une règle dont il ne songeait pas alors à contester la généralité ; il se promit toutefois de chercher, par de nouvelles dissections, à s'éclairer sur ce point.

Depuis le mois d'août 1849, jusqu'au 1^{er} janvier 1852 M. Broca nous a présenté vingt pieds-bots ; deux autres vous ont été montrés par MM. L. Blin et Follin ; nous avons donc pu étudier l'état des muscles sur 22 pieds-bots complètement disséqués.

Je vous ai rappelé avec soin les dates des présentations , pour constater ici la priorité de la description de l'altération graisseuse primitive des muscles, publiée depuis longtemps dans nos bulletins en 1849, en février 1850, lorsque parut, en septembre 1850, un mémoire de M. Aran sur l'altération graisseuse progressive des muscles. Ce mémoire est trop intéressant et contient trop de faits nouveaux , s'occupant d'ailleurs des muscles d'une autre région, pour que son auteur ne trouve pas ainsi compensation à la faible question de priorité. Le travail de M. Aran est sans aucun doute nouveau, puisqu'il complète tout un côté de la question non étudié par M. Broca.

J'arrive, Messieurs, aux preuves que donne notre collègue, pour montrer l'influence primitive de l'altération graisseuse sur la production des pieds-bots ; je n'aurai besoin pour cela, que d'analyser un article complet inséré par notre collègue dans vos bulletins (3). Vous avez vu sur plusieurs de ces pièces, l'altéra-

(1) Bullet. 1847, p. 402.

(2) Bullet. 1847, p. 468.

(3) P. 50.

tion graisseuse exister, non seulement dans les muscles de la jambe, mais même dans ceux de la cuisse et du bassin (1); or, la déviation des pieds ne peut exercer son influence que sur les muscles de la jambe et du pied, laissant ceux de la cuisse et du bassin dans leurs conditions physiologiques. Trop de faits de ce genre vous sont déjà connus pour supposer que c'est là une pure coïncidence; il faut donc supposer que l'état graisseux a précédé et déterminé la formation des pieds-bots.

La disposition anatomique des muscles, les différents degrés de leurs lésions, caractères auxquels nous ajouterons l'état des bourses muqueuses de la plante du pied, permet de suivre les phases diverses de l'altération musculaire.

L'altération graisseuse si marquée dans certains muscles, et dont on peut faire remonter le début à une époque plus éloignée que celle des autres muscles moins profondément atteints, permet de reconnaître ici le même mécanisme que nous avons indiqué plus haut, c'est-à-dire une cause de déviation légère que la marche et le poids du corps ont pu exagérer. La disposition des bourses muqueuses à la plante du pied en est une nouvelle preuve; plusieurs de ces cavités plus ou moins effacées se rencontreraient dans des points où avant la mort le pied ne pouvait point appuyer, et qui prouvaient qu'à une époque plus ou moins éloignée, la déviation du pied avait été moindre.

A quelle cause faut-il attribuer cette atrophie graisseuse? Est-ce à l'influence du système nerveux? M. Broca vous a indiqué lui-même pourquoi cette cause ne pouvait être reconnue; ainsi la répartition de l'état graisseux n'est soumise dans les

(1) 1849, p. 268. Bullet. 1851, p. 50, etc.

(2) Bullet. 1849, p. 268. Bullet. 1850, p. 50.

(3) P. 60.

muscles à aucune règle anatomique; il n'existe aucune relation entre l'état des divers muscles et l'origine des nerfs qu'ils reçoivent. Enfin la répartition de l'état graisseux n'est pas uniforme, même séparément dans chaque muscle; ainsi dans le muscle couturier, la première et la troisième partie étaient grasses, la deuxième et la quatrième normales. Je cite ce muscle comme un exemple remarquable; mais j'en pourrais trouver un grand nombre de semblables sur la plupart des pièces de M. Broca. Cette irrégularité dans l'altération grasseuse prouve de nouveau que la cause de la lésion ne réside pas dans la paralysie du muscle; en effet, comme le dit notre collègue (1), lorsqu'une fibre se contracte, l'action aboutit à ses deux extrémités, et se fait sentir par conséquent dans tous les points de sa longueur, il est donc impossible que l'altération grasseuse dans le muscle couturier dont je viens de parler, ait été la conséquence de la paralysie et de l'immobilité à laquelle ses fibres ont été condamnées. Notre collègue laisse incertaine la question première de cette altération grasseuse des muscles.

La preuve la plus frappante de la vérité de ces opinions nous a été donnée par M. Broca lui-même. En appliquant par voie de synthèse, les principes que l'analyse lui avait enseignés, notre collègue a pu avant la dissection, reconnaître la cause anatomique du pied-bot, qui était l'altération grasseuse, et même indiquer d'avance l'état particulier de chacun des muscles de la cuisse et de la jambe.

Vous voyez donc ici la synthèse vérifier l'analyse, et la première méthode de raisonnement apporter la preuve de l'exactitude des résultats obtenus par voie analytique.

(1) P. 64.

CARTILAGES ARTICULAIRES.

Le temps n'est pas éloigné, nous disait mon prédécesseur M. Broca, dans le compte-rendu des travaux de l'année dernière, où les cartilages diarthrodiaux étaient considérés comme des enduits inertes, comme des produits de sécrétion analogues aux ongles et à l'épiderme. Les études histologiques modernes, en démontrant que les cartilages d'encroûtement possèdent une organisation véritable, n'ont plus permis de les considérer comme des couches inorganiques. Aujourd'hui, la question de vitalité ne peut plus être débattue. La pathologie même des cartilages n'avait pas, depuis quelques années, attiré l'attention des anatomo-pathologistes. En 1849 et 1850, un de nos membres correspondants, M. Redfern d'Aberdeen, publiait, sans avoir connaissance des pièces présentées à la société anatomique, deux mémoires qui confirmaient l'exactitude des résultats que l'étude anatomique nous avait fournis à Paris.

C'est surtout à M. Broca que nous devons une collection de pièces nombreuses, sur lesquelles chacun de nous a constaté les altérations diverses qu'il indiquait. Déjà, dans le compte-rendu de l'année précédente, M. Broca vous avait parlé de ses recherches sur les lésions des cartilages d'encroûtement dans l'arthrite sèche. Cette année le cercle de ses études s'est considérablement agrandi, et j'ai presque à vous exposer une histoire anatomo-pathologique complète des cartilages articulaires.

A la suite d'une description détaillée donnée par M. Broca lui-même dans vos bulletins (1), il a placé un résumé des lésions différentes des cartilages que vous nous permettrez de reproduire ici :

1° Les solutions de continuité des cartilages articulaires peuvent se cicatriser ;

(1) P. 175.

2° Ils peuvent s'amincir, tantôt par l'absorption de leurs couches profondes, tantôt par la disparition de leurs couches superficielles ;

3° Ils peuvent, au contraire, s'épaissir d'abord, puis se ramollir et subir la décomposition velvétique ;

4° Ils sont susceptibles de s'ossifier, même dans une grande étendue ;

5° Ils peuvent être frappés de mort, sans ossification préalable, et il s'établit alors un véritable travail d'élimination autour des séquestres cartilagineux.

6° Ils peuvent disparaître par voie d'absorption ulcéroïde.

L'absence de distinction, dans les ouvrages des anciens auteurs, entre les cartilages articulaires et les fibro-cartilages, laisse des doutes sur la valeur de leur opinion sur la cicatrisation des couches d'encroûtement des articulations. J. Hunter, auquel la science doit des progrès si nombreux, admettait que dans les fractures des cartilages permanents, la substance cartilagineuse se reproduisait. D'autres travaux plus modernes avaient fait rejeter, en France, la possibilité de cette cicatrisation, et tandis que chez nos voisins d'outre-Manche, la pathologie des cartilages comprenait une foule de lésions, c'est à peine, si chez nous les inflammations et les ulcérations étaient admises comme une lésion secondaire des maladies des os et de la synoviale.

Vous avez déjà vu, messieurs, par le résumé que nous avons cité plus haut, que les pièces présentées par M. Broca, nous faisaient admettre cette cicatrisation comme possible. Ces cicatrisations des cartilages ont été trouvées sur des sujets destinés aux dissections de l'école pratique ; il a donc été impossible d'avoir des renseignements exacts sur l'époque de la fracture ; cependant on pouvait assurer, d'après l'examen même des pièces, qu'elles avaient eu lieu à une époque éloignée. Deux fois (1) la fracture

(1) Pages 106, 162.

des cartilages existait dans la cavité articulaire du coude à l'apophyse olecrâne ; dans un troisième fait, la lésion occupait le cartilage d'encroûtement de la tête humérale (1) ; et enfin dans une pièce que je rapprocherai de celle-ci , et que nous a apportée M. Mondières (2), il y avait eu, dans un cas de fracture de jambe solution de continuité des cartilages de l'articulation tibio-tarsienne, sans fracture de l'os subjacent. Une fois seulement (3), les fragments étaient, pour ainsi dire, en contact ; dans tous les autres cas ils étaient séparés par un intervalle plus ou moins grand. Toujours cet intervalle était comblé par une membrane d'un aspect et d'une structure identiques , dépourvue de la teinte laiteuse propre aux cartilages, jaunâtre, opaque et ferme ; elle était fixée immédiatement sur chacune des lèvres de la solution de continuité. Dans une fracture complexe de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, bien que les fragments osseux qui supportaient les cartilages divisés ne fussent pas restés complètement en rapport, l'un d'eux ayant pénétré dans un autre fragment de la tête humérale, on voyait cependant encore la même membrane pourvue de la même couleur et de la même structure, relier entre elles les surfaces divisées.

Cette membrane de réunion formait, le plus souvent, un tout continu qui comblait exactement le vide laissé par l'écartement des deux fragments cartilagineux ; mais il n'en était pas toujours ainsi. Sur une fracture ancienne de la partie moyenne de l'apophyse olecrâne , un cal fibreux, de trois centimètres de long, réunissait les fragments qui n'étaient pas en contact, il était constitué par plusieurs brides fibreuses, laissant entre elles des lacunes. Un fait, que vous a cité M. Denucé, montre quelles conséquences fatales peut amener quelquefois cette disposition

(1) P. 432.

(2) Bullet. 1850, p. 544.

(3) P. 406.

lamelliforme du cal fibreux. Sur un malade qui avait eu, deux années auparavant, une fracture de la rotule, dont la réunion s'était faite par un cal fibreux assez étendu, une collection purulente formée dans la bourse muqueuse prérotulienne avait pénétré dans l'articulation à travers une éraillure du cal fibreux. L'existence de cette communication fut constatée à l'autopsie. Nous avons vu dans plusieurs pièces des variations dans la longueur et la largeur de la membrane unissante, suivant l'écartement des fragments cartilagineux divisés; dans d'autres enfin, le rapprochement entre les surfaces opposées est tel que l'œil peut à peine saisir les traces de la solution de continuité. C'était dans un cas de fracture d'un cartilage costal (1); un petit trait blanchâtre tranchait sur la teinte jaunâtre du cartilage périphérique, et l'examen plus attentif démontrait à ce niveau l'existence d'une membrane d'union de nature fibreuse, joignant les deux bords du cartilage divisé.

La structure de la membrane unissante des cartilages fracturés était toujours de nature identique; c'était une membrane fibreuse, sans aucune production de cartilage nouveau dans son intérieur.

Son insertion se faisait immédiatement sur les bords du cartilage divisé, et comme nous le dirons plus loin, en vous parlant des lésions du cartilage aux environs de la fracture, vous verrez les éléments de la membrane d'union apparaître à une certaine distance de la fracture dans la gangue même du cartilage. Mais ces adhérences, ces liens fibreux, peuvent-ils avoir pour point de départ la surface même encore intacte ou légèrement altérée du cartilage d'encroûtement? jusqu'ici on tendait plutôt à répondre d'une manière négative, et vous avez vu, à propos d'une pièce que nous a montrée M. Armand Moreau (2),

(1) P. 484.

(2) P. 358.

avec l'esprit sage de scepticisme que la science exige, M. Cruveilhier en mettre en doute la possibilité. Sur cette même pièce M. Broca nous a fait voir, et vous avez tous pu le constater, que des adhérences nombreuses qui s'étendaient de la suture au fémur, se confondaient intimement avec le tissu cartilagineux primitif.

- La cicatrisation des fractures des cartilages d'encroûtement, des fibro-cartilages même est donc aujourd'hui un fait acquis à la science.

Au voisinage de la fracture, dans l'épaisseur même du cartilage divisé, il se produit pendant le travail de cicatrisation des changements remarquables que M. Broca nous a montrés sur diverses pièces : ces altérations dans la structure de la gangue cartilagineuse étaient dans tous les cas presque identiques. C'est d'abord un agrandissement des cavités des cartilages avec multiplication des noyaux inclus ; dans l'intervalle de ces cavités, et indépendamment quelquefois de la membrane fibreuse d'union, d'autres fois se continuant manifestement avec elle, existent des bandes parallèles de tissu fibreux.

L'amincissement et l'épaississement des cartilages d'encroûtement vous sont déjà connus. Dans l'arthrite sèche, dont nous devons la connaissance à notre excellent collègue M. Deville, et dont le tableau complet nous a été présenté dans le compte rendu de l'an dernier par M. Broca, vous avez pu voir que l'amincissement et l'épaississement des cartilages se rencontrait souvent en même temps sur des parties différentes d'une même articulation atteinte d'arthrite sèche. Dans ce cas, l'amincissement du cartilage ne devient en général manifeste qu'à l'époque où les lésions de l'os et de la synoviale sont déjà avancées. Cet amincissement, coïncidant avec une augmentation d'épaisseur dans d'autres endroits, apparaît presque constamment sous forme de sillons parallèles à la direction des mouvements. On avait cru alors, vous le savez, à l'action défavorable d'une cause unique, de la pression et

des frottements. D'autres pièces vous ont montré que la pression et les frottements ont été seuls à tort accusés de cette sorte de lésion. L'amincissement, qui semble nécessiter une lésion préalable des cartilages pour sa production, peut être, dans certains cas, comme dans l'arthrite sèche surtout, porté au point qu'une partie des cartilages disparaissent, et que l'os soit à nu dans l'articulation, subissant lui-même des altérations de structure dont je n'ai pas à m'occuper ici. Entre l'amincissement léger et souvent difficile à apprécier du cartilage et ces résorptions presque totales d'une étendue plus ou moins grande de leur surface, il existe, vous le comprenez facilement, une foule de degrés intermédiaires. Ajoutons que l'amincissement, l'épaississement et une autre lésion dont j'ai à vous parler ici, l'altération velvétique, sont rarement tout à fait indépendants l'un de l'autre, mais se rencontrent souvent en même temps sur des parties contiguës d'une même surface cartilagineuse. C'est ce qui existait sur plusieurs rotules que M. Broca vous a montrées (1). L'altération spéciale du cartilage, comparé par notre collègue M. Redfern d'Edimbourg à l'aspect du velours d'Utrecht, et que nous nommerons avec M. Broca altération velvétique, a en général une teinte d'un blanc nacré, opaque, analogue à celle des tendons. Dans plusieurs pièces, M. Broca vous a prouvé d'une manière évidente que cette altération débutait souvent sur les points qui ne recevaient pas de pression par la seule influence de l'immobilité de l'articulation et du défaut de pression (2). C'est par la surface, qui examinée de près, apparaît comme semée d'une foule de petites éminences mamelonnées, que débute cette lésion. A ce changement dans la teinte et le poli du cartilage, correspond une altération dans la structure même du tissu, variable suivant la profondeur à laquelle on l'examine. Sur une rotule et la trochlée fémorale

(1) P. 178, etc.

(2) Bullet. 1881, pages 173, 178. Bullet. 1888 pages 92, 93.

d'un genou, M. Broca a décrit les degrés divers de la lésion et les transformations successives des diverses altérations. Outre les bandelettes fibreuses en grand nombre qui contribuent à donner au cartilage un aspect particulier, on voit que les cavités du cartilage sont agrandies d'une manière remarquable, pouvant avoir jusqu'à 0^{mm}, 25 de longueur, et qu'elles contiennent un nombre considérable de noyaux de 10, 15, 50 et même 100. Sur cette pièce (2) les couches profondes du cartilage étaient normales; mais à mesure qu'on se rapprochait de leur surface, on voyait les cavités s'agrandir, leurs noyaux devenir plus nombreux et une matière grenue se déposer dans leur intérieur.

En se développant, ces petites cavités en rencontrent d'autres avec lesquelles elles se confondent et en forment alors qui ont 0^{mm}, 08 de large sur 0^{mm}, 25 de long. Enfin, au niveau des petites saillies mamelonnées de la surface du cartilage, l'agrandissement des cavités était tel que la gangue amorphe du cartilage constituait à peine le tiers de l'étendue des tranches qu'on pratiquait. Sur cette pièce on pouvait suivre successivement le ramollissement et l'épaississement du cartilage qui se manifestent avant l'altération velvétique.

En même temps que les cavités se confondent, la consistance diminue beaucoup, mais par une sorte de compensation, du tissu fibreux se développe dans la gangue, et lui rend une partie de la consistance qu'il a perdue; le moment arrive où les cavités se confondant de plus en plus, le cartilage se divise en bandelettes irrégulières, inégales, à peu près parallèles, et dont l'implantation sur l'os rappelle la forme du velours d'Utrecht.

L'*Absorption ulcéroïde* (2) qui existait sur la tête d'un humérus en même temps que l'altération que nous venons de décrire, est

(1) P. 172.

(2) Pages 170, 173.

une lésion nouvelle des cartilages d'encroûtement sur laquelle M. Broca a appelé votre attention. Le cartilage semble dans ces cas comme taillé à l'emporte-pièce, la perte de substance ne s'étend pas jusqu'à l'os, et est par conséquent contenue tout entière dans l'épaisseur du tissu cartilagineux. Sur la tête d'un humérus d'un homme dont l'articulation scapulo-humérale était atteinte d'arthrite sèche, autour des pertes de substance ulcéroïdes, le cartilage d'encroûtement paraissait sain, sans diminution ou augmentation d'épaisseur ; une membrane très riche en ramifications vasculaires qui, suivant M. Broca, ne pouvait provenir que de l'os subjacent, tapissait le fond des pertes de substance. Sur une autre pièce, où l'affection ulcéroïde semblait s'être arrêtée d'elle-même, cette membrane était cellulo-fibreuse peu vasculaire, et se continuait manifestement avec la synoviale. En étudiant au microscope ce cartilage, au niveau de la partie ulcérée (1), M. Broca a constaté qu'une altération occupe toute la surface du cartilage malade, diminuant à mesure qu'on pénètre en profondeur, pour disparaître complètement quand on se rapproche de l'os. Dans la couche la plus superficielle du cartilage, le microscope démontrait l'existence de tissu fibreux entrecroisé et des cavités presque sphériques distendues par de la graisse et de la matière grenue sans aucune trace de noyaux. Dans des couches plus profondes, les cavités un peu moins grandes, distendues encore par la graisse, renfermaient de plus des noyaux manifestes ; enfin plus profondément encore les cavités reprenaient leur aspect normal. L'examen successif de ces diverses couches montrait une gradation manifeste entre les lésions de la partie superficielle du cartilage, la partie la plus malade, et les couches profondes qui se rapprochaient de l'état normal : cette étude démontrait que les grandes cavités qui existaient à la surface du cartilage et ne contenaient que de la graisse, étaient uniquement

(1) P. 474.

les cavités normales du cartilage dont les noyaux avaient disparu ou n'étaient pas visibles au milieu de l'accumulation de la graisse. Cette lésion, nous disait M. Broca, fort singulière qui fait partie de l'arthrite sèche, coïncide avec les résorptions intérieures du tissu spongieux; son accroissement semble dû à ces anses vasculaires innombrables qui se recourbent si exactement sur les bords taillés à pic de la perte de substance. Quant à l'origine première de ces ulcérations, il est difficile de s'en rendre compte; comment débutent elles par la superficie du cartilage, indépendamment de la synoviale et de l'os sous-jacents, comme le prouve l'intégrité parfaite des couches profondes du cartilage qui lui adhèrent?

C'est ici, messieurs, que nous croyons devoir nous arrêter avec l'auteur ingénieux de ces recherches sur les maladies des cartilages d'encroûtement; c'est une difficulté que nous ne pouvons expliquer aujourd'hui et que nous devons nous borner à signaler, peut-être l'auteur lui-même de ces recherches, ou quelqu'un parmi vous, guidé par ce que nous venons d'apprendre de M. Broca, viendra-t-il résoudre par de nouveaux faits d'anatomie pathologique, ce problème, et avancer encore la science, au progrès de laquelle nous travaillons ici en commun.

Je viens de vous parler de pertes de substances qu'on rencontre à la surface des cartilages; il en est une autre espèce que nous nommerons, avec M. Broca, *Nécrose des cartilages*. A une certaine époque, les corps articulaires furent envisagés comme des fragments détachés des cartilages d'encroûtement; cette opinion fut remplacée depuis par celle que nous attribuons à Laënnec; nous n'avons pas à revenir ici sur la valeur de ces diverses théories. Dans le compte-rendu de l'an dernier, M. Broca vous a entretenus, en parlant de l'arthrite sèche, des corps étrangers articulaires, et vous a démontré un mode de formation fréquent usque là méconnu. Aujourd'hui les recherches de M. Broca, en

complétant celles dont je viens de parler, ont également ajouté à la connaissance des corps étrangers des articulations. Des fragments des cartilages d'encroûtement peuvent se détacher et devenir complètement libres, en l'absence de fractures ; aujourd'hui messieurs, vous ne pouvez rejeter cette proposition ; un grand nombre de pièces, que nous devons à M. Broca, en démontrent surabondamment l'exactitude. Il y a 2 ans, en 1849, M. Broca, remettait à M. Houel pour être conservé dans le musée Dupuytren, un exemple remarquable de cette nécrose des cartilages ; depuis, comme il arrive toujours lorsque l'attention est fixée sur un objet et ne laisse échapper aucune occasion favorable à l'examen, plusieurs lésions de même genre se sont offertes à M. Broca, et vous ont été présentées par lui (1). Le séquestre, ordinairement d'un petit volume, variant de forme, mais en général allongé, atteignait dans un cas (2) un centimètre de longueur ; il était en général, moins volumineux et avait de 2 à 6 millimètres dans ses différents sens. Nous avons pu suivre les divers degrés d'adhérence entre le fragment cartilagineux détaché et la cavité qui résultait de son élimination. Ainsi le séquestre était le plus souvent complètement libre (3) ; une fois il était réellement enjaginé, enfoncé dans une cavité dont le diamètre d'ouverture était moindre que celui du fragment détaché, il pouvait facilement être déplacé dans son intérieur, sans toutefois qu'il fût possible de l'extraire complètement. Dans deux autres cas, le séquestre cartilagineux était incomplètement détaché ; libre par sa partie profonde, il tenait, par ses couches superficielles, au cartilage environnant ; aucune saillie de sa surface, aucune dépression des bords, seulement une légère teinte sombre circulaire indiquait le point où allait se faire la séparation des surfaces cartilagineuses.

(1) Pages 109, 165, 181, 185, 186.

(2) P. 166.

(3) Pages 109, 165, 186.

Des changements de structure constants se rencontrent dans le cartilage qui constitue le séquestre, et dans celui qui forme et entoure la cavité de réception. Le cartilage, dont les saillies et les anfractuosités se moulent sur des anfractuosités et des saillies correspondantes de la cavité de réception, contient dans sa gangue une quantité de tissu fibreux plus ou moins grande ; simultanément, le microscope montre les cavités du cartilage agrandies, pleines de noyaux de granules et de graisse. L'altération est analogue, mais moins prononcée dans le tissu cartilagineux qui entoure la cavité de réception du séquestre. Le tissu fibreux s'y rencontre quelquefois (1), mais en petite quantité ; d'autres fois (2) il manque complètement ; les cavités du cartilage, moins agrandies que celles du séquestre renferment quelquefois des granules, des noyaux altérés, de la graisse ; enfin dans l'épaisseur même de la gangue du cartilage, on trouve quelquefois une grande quantité de matières grasses. Dans quelques cas, les noyaux contenus dans les cavités des cartilages avaient manifestement augmenté de nombre. La cavité qui renfermait le séquestre était presque toujours formée par le tissu cartilagineux lui-même ; cependant, dans un cas (3), la cavité située sur la partie centrale de la petite tête de l'humérus, chez un homme dont plusieurs articulations étaient atteintes d'arthrite sèche, présentait une cavité logeant un séquestre, et dont les parois étaient formées en certains points par le tissu osseux lui-même, en d'autres par des restes de cartilages. C'est là un fait exceptionnel, tenant probablement à l'arthrite sèche qui avait amené l'amincissement des cartilages d'accroissement ; dans tous les autres cas, le travail d'élimination avait eu lieu au sein même du tissu cartilagineux. J'ai négligé de vous parler du lieu même occupé par la nécrose ; cela déjà vous fait prévoir qu'on rencontre la lésion dans des

(1) Pages 109, 165.

(2) P. 186.

(3) P. 106.

articulations fort différentes ; en effet, elles existent dans les articulations du coude, de l'épaule, deux fois au centre de la concavité du scaphoïde du tarse.

L'ossification des cartilages diarthrodiaux est un autre genre de lésion, dont vous avez vu plusieurs exemples ; ce travail morbide se présente à l'œil sous plusieurs aspects extérieurs différents ; ainsi, vous avez vu l'ossification donner lieu à des taches d'un blanc jaunâtre, sans saillie aucune du cartilage à ce niveau, mais donnant à ce tissu une opacité et une dureté plus grandes. Une autre fois, sur une tête humérale, M. Verneuil vous montrait l'ossification du cartilage diarthrodial sous forme de petites végétations mamelonnées, irrégulières, très dures ; quelquefois ce ne sont que des stries opaques, visibles à la surface du cartilage, ou bien une plaque continue et épaisse. Dans quelques cas rares, enfin, le commencement de l'ossification ne donne aucun caractère visible à l'œil nu, et ce n'est que par le moyen du microscope et des actions chimiques que le commencement de la transformation du cartilage en os, peut être reconnu. Sur une pièce, la plus curieuse de toutes (1), on apercevait par places des trous parfaitement ronds, larges de 1/10 de millimètre ; autour de ces trous, les cavités des cartilages étaient disposées en séries concentriques, comme les corpuscules osseux autour des canalicules. Parmi ces cavités, les unes étaient tout-à-fait normales, transparentes, contenant un et deux corpuscules cartilagineux ; les autres étaient opaques, moins régulières, un peu allongées, reliées à leurs voisines par de petites lignes noirâtres, absolument comme cela a lieu pour les corpuscules osseux. Pour compléter cet examen, on a ajouté à la préparation de l'acide chlorhydrique ; il en est résulté un dégagement considérable de gaz, et la pièce, après le lavage, a reparu alors complètement transpa-

(1) P. 167.

rente et presque semblable à un cartilage normal. A un degré beaucoup moins avancé de la lésion (1) les cavités du cartilage étaient remplies par une sorte de matière grenue, qui par l'addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, donnait lieu à la formation de quelques bulles de gaz et disparaissait alors pour laisser la préparation complètement transparente. Vous avez assisté déjà dans les recherches de M. Broca à la formation et à l'évolution de diverses lésions des cartilages d'encroûtement; vous serez donc peu étonnés de voir l'ossification apparaître dans les cartilages, sans l'intervention des vaisseaux; en effet, ils manquaient complètement dans toute l'épaisseur de la couche diarthroïdale de la pièce dont il était question plus haut.

Je viens de parler de l'ossification morbide des cartilages; permettez-moi de mentionner ici un fait nouveau que nous devons également à notre collègue M. Broca. Suivant lui, dans les cartilages épiphysaires l'inflammation accélère d'une manière remarquable le travail de l'ossification; ainsi sur une articulation du coude, on voyait plusieurs points d'ossification produits avant l'âge; sur ce squelette d'un enfant de 3 ans il existait au coude un point d'ossification qui ne se produit qu'à 3 ans, sur la tête du radius un autre qui n'apparaît en général qu'à 7 ans, enfin un autre point osseux sur la trochlée elle-même qui ne s'ossifie d'habitude que de 12 à 13 ans (2).

La dernière lésion des cartilages diarthroïaux dont j'ai à vous entretenir ici n'est pas la moins intéressante de toutes, c'est le dépôt de tubercules en nappe à leur surface. Nous avons vu maintes fois dans le courant de cette année, le tubercule accumulé sous forme de couche molle et continue à la surface des membranes muqueuses, dans le rein, les uretères, la vessie, les trompes et l'utérus; les faits analogues ne sont pas rares dans

(1) P. 183.

(2) P. 243.

vos bulletins, et la science en renferme plus d'un semblable. Je ne m'arrêterai pas au lieu d'origine de ce dépôt tuberculeux. M. Lebert, dans une de nos séances de l'année dernière (1), assurait que l'examen attentif de pièces semblables lui avait démontré que les tubercules se déposent directement dans la trame des membranes muqueuses, en atteignent la surface, sans produire d'ulcération, écartant simplement la muqueuse au sein de laquelle ils se sont déposés, ou en faisant disparaître la couche superficielle très mince qui les recouvre. Sans nous livrer ici à la discussion de ce point d'histologie, nous pouvons affirmer au moins que le dépôt tuberculeux primitif ou consécutif, existe à la surface des membranes muqueuses. Cette même couche tuberculeuse, nous l'avons rencontrée dans le cours de cette année à la surface des cartilages articulaires. Sur le coude, d'un enfant de 3 ans (2) la surface interne de la synoviale et du cartilage articulaire était recouverte d'une couche de matière présentant au microscope tous les caractères de la substance tuberculeuse. Il en était de même dans les articulations du tarse d'un pied que M. Vernenil a mis sous vos yeux ; seulement il y avait eu dans ces cas destruction presque complète des cartilages diarthrodiaux. Ce sont là des faits rares d'anatomie pathologique; cependant notre collègue M. Lebert nous a assuré avoir rencontré deux fois le tubercule déposé en plaques périostales. M. Vernenil a ajouté qu'il a présenté devant la société de Biologie un rachis sur lequel on trouvait une couche tuberculeuse déposée entre les os sains et le grand surtout ligamenteux. En présence de ces diverses pièces, M. Broca a cru trouver dans la consistance de la couche tuberculeuse, son degré d'adhérence aux parties sous-jacentes, des circonstances qui forçaient d'attribuer ce dépôt à autre chose qu'un simple épanchement de matière tuberculeuse pro-

(1) Bullet. 1850, p. 275.

(2) P. 245.

venant d'un foyer voisin. Il est probable, suivant notre collègue, que le tubercule se développe sous forme de petits grains à la face interne de la synoviale, y détermine une inflammation de voisinage, et consécutivement la formation de pseudo membranes au sein desquelles il continue à s'accroître.

Ce n'est là, messieurs, qu'une hypothèse jusqu'ici ingénieuse, appuyée par l'analogie avec ce que l'on observe dans la péritonite tuberculeuse, mais qui, aux yeux de son auteur, a besoin, pour être admise définitivement, de la sanction de nouveaux faits.

Vous avez pu comprendre par cette esquisse rapide, trop longue peut être, mais dans laquelle je n'ai pu faire entrer cependant toutes les remarques ingénieuses que les pièces anatomiques ont provoquées dans le cours de cette année, que la pathologie des cartilages d'encroûtement avait fait des progrès considérables; ces progrès, nous les devons principalement à notre collègue M. Broca.

Corps étrangers libres de la cavité péritonéale.

La cavité du péritoine renferme dans quelques cas, rares il est vrai, des corps étrangers libres, d'un volume variable, depuis celui d'une bille de billard jusqu'à la grosseur d'un petit pois. M. Letixerant, en 1849, M. Cruveilhier depuis, et enfin M. Deville, nous en ont montré des exemples. Un cas remarquable de ce genre a fourni à M. Deville l'occasion d'étudier l'origine et le mode de développement de ces corps étrangers. Sur le cadavre d'un homme d'une trentaine d'années, il rencontra dans les deux régions inguinales, immédiatement en dehors des cordons fibreux des artères ombilicales, deux refoulements du péritoine en forme de doigt de gant, sorte de sacs herniaires qui, au lieu d'intestin ou d'épiploon, renfermaient chacun deux corps libres du volume d'une amande. Tel est le fait qui a été le point de départ des études de M. Deville. La forme même des corps

étrangers, la trace sur une de leurs extrémités d'un pédicule plus ou moins long faisait déjà présumer qu'ils avaient dû insensiblement se détacher d'un organe contenu dans la cavité abdominale; ils ne pouvaient pas en effet, avoir pris naissance sur les parois même de ces espèces de sacs herniaires dont les surfaces lisses et souples n'offraient aucune saillie ou trace d'implantation quelconque. La structure intérieure de ces organes démontrait qu'ils étaient formés uniquement de matière grasse enveloppée d'un feuillet séreux, disposition sur laquelle nous insisterons plus loin. La structure, la forme, faisaient donc prévoir que leur point d'origine était un des organes contenus dans la cavité péritonéale. Sur le milieu de la longueur du colon transverse, l'une des appendices graisseuses que présente normalement cette portion du tube digestif, du volume d'une lentille, portée par un pédicule très étroit, était constituée par une masse graisseuse analogue à celle des corps libres et entourée comme ces dernières, par un feuillet péritonéal plus épais et d'un blanc plus opaque que le reste de la séreuse abdominale. Il était impossible de ne pas reconnaître dans cette appendice graisseuse allongée et altérée le début d'un corps étranger tendant à se pédiculiser.

Dans les caractères du péritoine, M. Deville a cru trouver l'analogue du début de l'arthrite sèche, et par suite l'explication de l'origine première des corps étrangers. En effet, le péritoine épaisi avait presque partout perdu sa transparence, et ressemblait à celui de certains hydropiques; il n'y avait cependant qu'un épanchement de cent grammes environ de sérosité sanguinolente dans l'abdomen. Cet épanchement, dont notre collègue a examiné la nature et l'origine, me semble avoir été produit après la mort; il me semble impossible de lui rapporter en tout cas les lésions que présentait le péritoine. Cet épaissement du péritoine avec augmentation de consistance n'existait pas princi-

palement dans les endroits déclives, mais plutôt en avant ; on voyait une injection diffuse, constituée par l'entrelacement de petits vaisseaux qui disparaissaient par la macération. De plus çà et là, le péritoine était soulevé par de petites masses transparentes comme gélatineuses, véritables suffusions séro-sanguinolentes dans le tissu cellulaire sous péritonéal. La graisse soulevait de plus par places le péritoine et lui donnait un aspect papillaire prononcé.

Cette lésion remarquable du péritoine, dit M. Deville, caractérisée par l'épaississement, l'opacité, la vascularisation du tissu cellulaire sous-péritonéal est l'analogue de la lésion de la synoviale dans l'arthrite sèche. Dans cette affection, les corps étrangers se forment par des dépôts plastiques devenant successivement cartilagineux, puis osseux. Dans le cas actuel, le développement des corps libres a lieu de la même manière, moins l'ossification.

Je vous ai montré par quelle voie d'analyse M. Deville est parvenu à reconnaître dans la formation des corps libres du péritoine un mécanisme semblable à celui qui produit les corps étrangers des articulations ; le point de départ réside dans une lésion du péritoine, amenant son épaissement, la vascularisation du tissu sous-jacent, l'accumulation d'une certaine quantité de graisse qui augmente graduellement, s'est retenue sur son point d'implantation que par un pédicule qui s'allonge peu à peu, se rompt enfin et laisse la masse graisseuse entourée d'une enveloppe éreuse constituer un corps libre dans l'intérieur de la cavité péritonéale.

Dans la pièce de M. Deville, vous avez vu que les corps étrangers étaient contenus dans deux espèces de sacs herniaires rassemblés du péritoine dans les régions inguinales. Voici comment notre collègue explique leur formation. Le point du péritoine contre lequel ces corps, devenus libres, viennent presser

peut à la longue, dit-il, surtout dans un point déclive, se déprimer en godet ; le corps étranger, par son poids ou par la pression des intestins qui le poussent, augmenter la profondeur du godet. C'est là une explication ingénieuse qui peut-être ne serait pas admise sans discussion ; ainsi la dépression du péritoine, pourrait peut-être se faire difficilement sous l'influence d'un corps qui ne lui adhère nullement, et qui est placé souvent dans un endroit peu déclive, comme les régions inguinales. Quelle que soit l'explication que l'on admette sur l'origine de ces cavités singulières, elle n'ébranle point les résultats des études de notre collègue sur le mode de développement des corps étrangers.

La structure intime, dont nous avons déjà parlé, et qui a été un des arguments employés pour démontrer leur origine, mérite d'être connue en détail. Pour la donner complète, M. Deville a comparé les corps étrangers qu'il avait trouvés dans la pièce anatomique, dont il est ici question, avec deux autres corps de même nature, que possédait le Musée de l'amphithéâtre des hôpitaux. Les premiers offraient une structure très simple : Une membrane d'enveloppe extérieure, blanche, opaque, lisse et sereuse à l'extérieur se continuait, à sa face interne, avec de minces cloisons qui divisaient l'intérieur du corps en aréoles de un à deux millimètres de diamètre ; ces aréoles renfermaient de la graisse dont tous les caractères ont été constatés à l'œil nu et au microscope. Les deux autres corps étrangers, appartenant au Musée de Clamart, offraient une structure un peu différente. Au lieu d'une enveloppe, plusieurs couches blanches opaques de tissu cellulaire condensé entoussaient dans l'un, une masse graisseuse, dans l'autre, les enveloppes, encore plus multipliées, recouvraient des couches de tissu fibreux concentriques, entourant elles-mêmes un noyau central créacé. En suivant les transformations des éléments de la première pièce, on les trouve, pour ainsi dire, complémentaires les unes des autres, c'est-à-

dire représentant des époques différentes de la même lésion. La seule différence, dans les corps étrangers, qui semblent dater d'une époque plus ancienne, consiste dans la multiplication du nombre des tuniques de tissu cellulaire lamelliforme, et dans le dépôt d'une matière crétacée au centre de la matière grasse. Ce sont des transformations dont vous voyez chaque jour des exemples dans un grand nombre d'organes ; vous ne pouvez donc nier, ici, le lien étroit qui les unit.

Telle est l'origine, la marche et l'évolution des corps étrangers du péritoine. Est-ce l'origine unique de ces corps étrangers ? Non, assurément ; il suffirait de rappeler, avec M. Deville, les corps fibreux pédiculés de l'utérus, qui deviennent libres dans le péritoine.

A côté de cette affection rare du péritoine, je dois vous signaler un *kyste séreux volumineux du mésentère* que vous a montré M. Mesnet (1). Cette tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, était comprise entre les deux lames du mésentère, près de la terminaison de l'intestin grêle ; il était transparent, fluctuant, et ne donnait pas au palper la sensation particulière que présentent fréquemment les tumeurs hydatides. Toute locale, cette tumeur ne paraissait pas avoir attiré l'attention de la malade qui avait succombé à une hypertrophie du cœur.

TUBE DIGESTIF.

Le tube digestif forme, dans l'état ordinaire, un canal cylindrique, régulier, variant de diamètre dans certains points de son étendue. Il est rare de rencontrer sur son trajet des poches surnuméraires ; cependant, on les observe quelquefois. Il y a plusieurs années, une cavité surnuméraire de ce genre vous fut montrée au pharynx par M. Coffin ; dans le cours de cette année (2), M. Barth mettait sous vos yeux un diverticulum du vo-

(1) P. 133.

(2) 90.

lome du doigt, formé par toutes les tuniques de l'intestin, et siégeant au niveau du duodénum : c'est surtout, dans l'intestin grêle, à un pied environ de la valvule iléo-cœcale, que ces diverticulum se rencontrent le plus fréquemment. M. Rombeau (1) vous en a fait voir un exemple sur le cadavre d'un adulte ; M. Broca, dans une autre séance (2), sur celui d'un enfant. Simultanément, notre collègue attirait votre attention sur le point de l'intestin où se rencontrent d'ordinaire ces diverticules ; il vous les montrait ayant un siège presque constant, et en arguant que l'on devait les attribuer, comme l'avait fait Meckel, à un vestige de la communication, qui, à une époque de la vie intra-utérine, existe entre l'intestin et la vésicule ombilicale. Un fait que M. Verneuil (3) vous a rappelé donnait un nouvel appui à cette démonstration ; en effet, du sommet d'un diverticulum intestinal, situé dans le lieu que nous avons indiqué précédemment, on voyait partir un cordon fibreux se rendant à l'ombilic ; la présence, dans son intérieur, de deux artères ombilicales, démontrait la nature de ce repli ; d'autres faits, encore plus démonstratifs, ont été cités. M. King (*Guy's hospital reports* ; octobre, 1843) rapportant judicieusement à la cause indiquée plus haut les diverticulum de l'intestin grêle, cite deux faits où ces prolongements de l'intestin s'étendaient jusqu'à l'ombilic, et donnaient lieu chez un enfant de quatre mois et chez un autre de huit jours, à une fistule stercorale. A ces faits, que je vous avais cités, notre honorable président en a ajouté un autre : Sur un enfant nouveau-né, on avait vu, à la suite de la chute de la ligature du cordon, survenir une fistule stercorale, occasionnée par l'ouverture d'un de ces diverticulum à l'ombilic.

L'anatomie pathologique vient donc, ici, éclairer l'origine de

(1) P. 90.

(2) P. 368.

(3) P. 358.

cette anomalie par arrêt de développement ; par eux-mêmes, en outre, les diverticulum de l'intestin peuvent occasionner plusieurs sortes d'accidents. Nous venons de citer les fistules stercorales à l'ombilic ; chez l'adulte, ce cul-de-sac, souvent largement ouvert, peut admettre dans son intérieur des corps étrangers qui glissant d'habitude sur les parois lisses et déclives du tube digestif, sont susceptibles de s'arrêter dans ce cul-de-sac, de le perforer. M. Denucé (1) vous a mentionné une perforation d'un diverticulum intestinal par un noyau de cerise engagé dans son intérieur, ayant donné lieu à une péritonite et à la mort. Enfin, Messieurs, pour achever de vous indiquer les funestes conséquences de ces appendices anormales, je vous citerai un étranglement interne produit par un diverticule semblable, situé à 26 pouces au-dessus du cœcum, et rapporté par le docteur Tinniswood dans *le Monthly journal* d'Édimbourg (juillet 1864).

Les ulcérations idiopathiques du tube digestif, c'est-à-dire celles qui ne reconnaissent pas pour cause une action traumatique, occupent une large place dans la pathologie interne ; je ne veux pas même tenter de vous en rappeler les nombreux exemples qui ont passé sous vos yeux dans le cours de cette année ; cependant, quelques faits rares et exceptionnels méritent une mention spéciale. Dans l'estomac d'une femme de 74 ans, M. Sainet (2) vous a montré un ulcère chronique qui avait amené la déchirure de l'artère coronaire stomachique, et consécutivement la mort par hématomèse. Ce fait offre la plus grande analogie avec un autre semblable qui vous a été montré l'an dernier par M. Boullay (3). Dans les deux cas, la maladie primitive semblait être l'ulcère de l'estomac. Dans la pièce de M. Sainet, plusieurs ci-

(1) P. 369.

(2) P. 464.

(3) Bullet. 1850, p. 212.

catrices rayonnées, d'un blanc bleuâtre, situées dans d'autres points de l'estomac, attestaient l'époque ancienne à laquelle remontait l'affection ulcéreuse de la muqueuse stomacale. Un autre point curieux ressort de la comparaison de ces deux faits, c'est qu'après une hématomèse abondante survenue le premier jour, les malades purent encore vivre trois jours, malgré la répétition des vomissements sanglants ; il est fréquent, en effet, de voir l'écoulement de sang par une ulcération d'un vaisseau artériel même volumineux, comme l'aorte, s'interrompre momentanément, sans doute, par l'interposition, dans l'ouverture anormale, de quelques caillots sanguins, et permettre encore au malade de vivre plusieurs jours. Votre secrétaire vous a fait voir une rupture d'un anévrisme de l'aorte dans l'œsophage (1) qui démontrait l'exactitude de cette proposition.

Les perforations de l'estomac tendent quelquefois à se boucher par l'application de l'estomac contre les parois d'un organe voisin : ainsi, le foie, le pancréas, la rate même viennent souvent former une paroi du renflement stomacal ; les cas de ce genre ne sont pas rares : M. Barth vous en a montré un beaucoup plus exceptionnel (2). Une perte de substance, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, située à quatre travers de doigt de la valvule pylorique, près de la grande courbure, était bouchée par le sternum, auquel l'estomac était intimement adhérent : les bords de l'ulcère aplatis, peu épais, indiquaient que la lésion était ancienne.

M. Barth (3) nous a montré également sur un intestin d'une femme de 46 ans morte tuberculeuse, une cause d'ulcération intestinale assez rare. Près du duodénum, à 4 ou 5 pouces du pylore, des ganglions tuberculeux étaient appliqués contre

(1) P. 155.

(2) P. 69.

(3) P. 19.

le tube digestif. Plusieurs d'entre eux, du volume de l'extrémité du petit doigt, refoulaient en dedans toutes les tuniques de l'intestin, et faisaient saillie dans la cavité intestinale par un orifice de la grandeur d'un pois. Plus bas, sur le trajet de l'intestin grêle, d'autres ganglions s'étaient également appliqués contre les tuniques et leur cavité contenant de la matière tuberculeuse ramollie communiquait avec celle de l'intestin. C'était pour ainsi dire un mode d'évacuation salulaire de la matière accumulée dans les ganglions mésentériques.

Les ulcérations des éléments folliculaires de l'intestin grêle sous le rapport de leur pathogénie sont grâce aux travaux des médecins du XIX^e siècle aujourd'hui bien connues, elles se rapportent presque toutes uniquement ou bien à la diathèse tuberculeuse ou à cette fièvre continue que nous nommons typhoïde. M. Barth vous a présenté cette année, un nouveau genre d'ulcérations intestinales qui ne se rapportaient pas aux deux causes pathogéniques que je viens d'indiquer et que notre collègue a cru pouvoir attribuer à la pellagre (1). Vous connaissez cette singulière maladie caractérisée plutôt que formée par une affection de la peau, s'accompagnant de symptômes généraux graves et compromettant souvent la vie du malade d'une manière sérieuse. Sur un malade placé dans un service de l'hôpital St Antoine, ancien militaire, une affection de peau avait apparu plusieurs fois sur les mains offrant la ténacité et les caractères de la Pellagre ; dans les derniers temps, à cette éruption brunâtre, rugueuse et écaillieuse de la face dorsale des mains était venue se joindre une diarrhée opiniâtre et de l'amaigrissement. En présence de ces accidents, à quoi fallait-il attribuer la maladie ? Une entérite chronique chez un homme de 30 ans bien constitué, n'offrant aucun signe général ou local de diathèse tuberculeuse, ne pouvait être admise ; M. Barth pensa alors à l'existence d'une pella-

(1) P. 349.

gre. Le malade succomba, et l'on trouva alors ces ulcérations intestinales que nous avons tous examinées. Dans les 2/3 inférieurs de l'intestin grêle, excepté dans les dix huit derniers pouces de ce canal où elles manquaient complètement, existaient 23 ulcérations arrondies pour la plupart, les plus grandes du diamètre d'une pièce cinq francs ; à leur niveau la membrane muqueuse était détruite, et l'on ne voyait qu'un fond jaunâtre régulier, assez lisse, tissu dans lequel le microscope ne découvrait que des éléments fibro plastiques. Nulle part les plaques de Peyer n'offraient l'aspect de celles de la fièvre typhoïde; enfin les ganglions mésentériques si fréquemment altérés dans cette affection étaient complètement sains. Devons-nous voir ici une forme nouvelle d'ulcérations intestinales ? Vous comprendrez, messieurs, qu'en présence d'un sujet si grave, et après l'examen d'un fait unique, on ne puisse rien affirmer ; nous resterons donc, à l'exemple du présentateur notre collègue M. Barth, dans une saine réserve, et nous placerons ce fait rare au nombre de ceux que des recherches ultérieures peuvent éclairer et utiliser, pour jeter quelque lumière sur beaucoup de points encore obscurs de l'histoire de la pellagre

CALCULS BILIAIRES.

Les calculs biliaires que l'on rencontre si fréquemment à l'ouverture des cadavres des vieillards demeurent souvent latents, soit qu'ils ne produisent pendant la vie aucun accident, soit qu'ils n'occasionnent que des symptômes légers qui attirent à peine l'attention des malades, et surtout n'apportent aucune perturbation grave dans leur santé. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il existe dans la science plus d'un fait de colique hépatique entraînant la mort sans que la présence des concrétions biliaires obli-
térant les canaux excréteurs, et déterminant dans l'appareil hépatique de lésion sérieuse, puisse rendre compte de la termi-

raison fatale. Ces cas rares ne se sont pas offerts à nous dans le courant de cette année; mais nous avons vu successivement une série de lésions qui présentent un tableau presque complet des altérations que peuvent produire les calculs biliaires.

On a souvent argué du volume considérable des calculs, comparé aux diamètres assez exiguës des canaux excréteurs pour prétendre que les concrétions rendues pendant la vie avaient été expulsées par une communication anormale et directe du réservoir biliaire et du colon transverse. Cependant, grâce à leur élasticité, les canaux biliaires peuvent se dilater au point de se laisser traverser par des calculs du volume du ponce. Il en était ainsi dans une pièce que vous a montrée M. Barth (1). Dans une autre présentation notre savant collègue a insisté sur un autre mécanisme de l'expulsion des concrétions biliaires : c'est leur fractionnement; il nous a montré dans l'appareil excréteur hépatique des calculs d'un petit volume, lisses, mais qui au lieu de présenter comme on l'observe en général, une écorce enveloppant une autre substance disposée en rayons convergeant vers un centre commun, laissaient voir ces rayons dirigés d'un même côté; leur point de réunion faisait alors défaut. En admettant ce fractionnement des calculs dans les voies biliaires, on pourrait expliquer, jusqu'à un certain point, les douleurs quelquefois si vives que provoquent des coliques hépatiques qui se terminent par l'expulsion d'une gravelle à grains peu volumineux.

Nos bulletins renferment des exemples nombreux des lésions qu'occasionne l'arrêt des calculs et l'oblitération consécutive des canaux excréteurs. Ainsi, il en résulte quelquefois un épanchement de bile dans le foie par suite de la rupture des canaux biliaires, (2) épanchement qui entraîne quelquefois à sa suite la

(1) P. 237.

(2) Bullet. 1837, p. 33.

développement d'une hépatite avec foyers purulents (1) qu'on a vu une autre fois dans un cas présenté par M. Clin (2) s'ouvrir dans l'estomac.

Au lieu d'intercepter le cours de la bile par leur position au centre des canaux excréteurs, les calculs biliaires se forment souvent une cavité surnuméraire dans la vésicule elle même ; dans ces cas, comme M. Barth vous en a présenté un exemple (3) la vésicule semblait séparée en deux poches incomplètes et superposées, l'inférieure contenant le corps étranger adhérent à ses parois. En s'accumulant dans le réservoir biliaire, et peut-être aussi par le travail phlegmasique qu'ils y déterminent, les calculs amènent le retrait de la poche qui les enveloppe ; en effet, sur une pièce que nous devons encore à M. Barth (4) on voyait les parois de la vésicule appliquées sur des calculs biliaires contenus dans son intérieur, et la muqueuse du canal cystique et du col de la vésicule, au lieu de sa teinte verdâtre habituelle, était rosée, claire. Il en était de même sur une autre pièce que nous devons à M. Parmentier. (5) Dans ce dernier exemple le canal hépatique avait manifestement augmenté de volume. Si la lésion se prononce encore plus, on peut rencontrer, comme les bulletins des années précédentes en offrent plus d'un exemple, l'oblitération complète de la vésicule sur le calcul encore contenu, ou même sa transformation en une masse fibro graisseuse, le calcul ayant été expulsé.

Deux fois, vous avez vu dans le courant de cette année des exemples d'un autre mode d'élimination des calculs biliaires: je veux parler de la communication de la vésicule avec le colon transverse. Dans un de ces cas, (6) M. Lebert vous montrait autour

(1) Bullet. 1848, p. 412.

(2) Bullet. 1848, p. 312.

(3) P. 90.

(4) P. 146.

(5) P. 151.

(6) P. 15.

de la vésicule biliaire, et ne communiquant pas avec elle, une collection purulente; le réservoir biliaire offrait ses parois intérieurement appliquées sur des calculs contenus dans son intérieur. Ici, vous avez assisté, pour ainsi dire, au début du travail qui aurait pu donner lieu consécutivement à la communication directe de la vésicule et du colon transverse; la phlegmasie a eu son point de départ dans le réservoir même, et la preuve se trouve dans ce retrait des parois de la poche; la propagation de l'inflammation a été la cause de la collection purulente environnant le réservoir. Sur une pièce de M. Barth (1), la lésion est déjà plus avancée, les calculs dans la vésicule, l'abcès qui l'entoure se retrouvent encore; mais le réservoir biliaire communique par une cavité intermédiaire avec le colon transverse.

Je n'ai plus vous parler ici, pour achever de mettre sous vos yeux les faits qui ont trait aux calculs biliaires, que d'un fait qui est, pour ainsi dire, le complément de ceux que je viens d'indiquer: c'est l'enkystement des calculs biliaires dans des adhérences cellulo-fibreuses, placées entre le foie et la vésicule. Cette pièce, que nous devons encore à M. Barth (2), montrait les parois de la vésicule revenues sur elles-mêmes et appliquées sur des calculs biliaires; d'autres concrétions du même genre étaient situées au centre d'adhérences cellulo-fibreuses. A quel mécanisme attribuer l'expulsion de ces concrétions? On ne peut hésiter ici; il s'agit d'un travail semblable à celui dont je vous parlais, il n'y a qu'un instant. La muqueuse de la face interne de la vésicule n'offrait, il est vrai, aucune cicatrice manifeste; mais l'époque ancienne de son ulcération dont témoignent et la résistance des adhérences et le retrait considérable du réservoir biliaire, sont suffisants pour l'expliquer.

(1) P. 137.

(2) P. 48.

Ces lésions si multiples avaient pour la plupart été méconnues pendant la vie, et à l'exception de la suppuration hépatique occasionnée par l'oblitération des canaux excréteurs par des calculs, c'est à peine si les malades qui succombèrent à des affections complètement indépendantes avaient accusé quelques troubles légers de la santé. J'ajouterai qu'ils étaient pour la plupart arrivés à une époque de la vie assez avancée.

ORGANES DE LA RESPIRATION.

Les tumeurs développées à la face interne du larynx se rencontrent rarement; nous en avons vu de plusieurs espèces, les unes, presque latentes, donnaient lieu à peu de symptômes; les autres, au contraire, entraînaient de graves accidents.

Votre secrétaire a mis sous vos yeux (1) une petite tumeur polypiforme, rougeâtre, développée sur une des cordes vocales inférieures; elle fut trouvée à l'autopsie d'un homme mort de phthisie aiguë, chez lequel elle avait donné lieu, pendant la vie, à une légère raucité de la voix. Dans son intérieur, on ne trouvait que du tissu cicatriciel.

M. Dufour (2) nous a fait voir des végétations de nature épithéliale, rouges, saillantes, formant comme un gazon serré, développées sur le larynx d'un enfant, dans les ventricules, dont elles effaçaient presque complètement la cavité; trois semaines avant la mort, ces productions morbides avaient donné lieu à de la dyspnée, à une altération de la voix qui était devenue comme croupale, puis à des accidents mortels d'asphyxie.

Sur un malade observé par M. Bauchet à l'hôpital des Cliniques (3), la tumeur du larynx offrait un volume plus considé-

(1) P. 37.

(2) P. 347.

(3) P. 198.

nable. Un homme de 48 ans portait dans la région sus-hyoïdienne une tumeur volumineuse, qui fut enlevée ; mais dix jours après l'opération, des symptômes de dyspnée se répétant par accès pendant plusieurs jours, entraînèrent la mort du malade. La tumeur était épithéliale, comme dans le cas précédent, et vous avez pu voir cette production morbide du volume d'une petite noix implantée derrière l'épiglotte sur le repli aryéno-épiglottique droit.

Ces trois cas offrent donc une série de faits de nature diverse.

De nombreux exemples de lésions des poumons vous ont été présentés par plusieurs de nos collègues. Je ne vous entretiendrai ici que d'une seule espèce : les hydatides du poumon. M. Barth (1) nous a montré un kyste hydatique développé au centre du parenchyme pulmonaire et communiquant déjà avec les bronches par un orifice étroit. Cette pièce présentait ce singulier caractère, que la poche hydatique était dépourvue d'enveloppe fibreuse; il en était de même dans un autre kyste hydatique du poumon que M. Hérard (2) mettait l'an dernier sous vos yeux; en effet, cette tumeur n'était constituée que par une membrane tremblotante, contenant un liquide dans lequel l'examen microscopique a révélé la présence d'échinocoques. Le tissu pulmonaire refoulé et condensé remplaçait la tunique externe, c'est à dire l'enveloppe fibreuse la plus extérieure du kyste. M. Cruveilhier vous avait, à propos de cette pièce, signalé ce fait presque exceptionnel, vous disant que cette absence de kyste fibreux nese rencontrait en général que dans les hydatides du cerveau. J'ai voulu rechercher par la comparaison de faits semblables la fréquence de cette absence de kyste fibreux périphérique; et en parcourant les faits cités dans les auteurs, j'ai vu que ce singulier phénomène avait déjà été noté,

(1) P. 14.

(2) Bullet. 1850, p. 343.

mais qu'il était beaucoup plus fréquent de rencontrer les kystes hydatiques du poumon, entourés par une enveloppe fibreuse.

Dans les deux cas dont je viens de vous parler, la maladie a été méconnue, et il en a été de même dans la plupart des cas publiés ; je dirai même dans tous, quand le kyste hydatique ne se rencontrait que dans le poumon, et ne s'était pas révélé par sa communication avec les bronches, et l'expulsion au dehors de débris de membranes hydatiques.

ORGANES DE LA CIRCULATION.

Les produits accidentels, comme le cancer ou le tubercule, existent fréquemment dans les poumons, quelquefois même dans les médiastins ; dans certains cas, comme vous l'avez vu cette année sur une pièce présentée par M. Labric (1), la masse cancéreuse, développée dans le médiastin, forme une enveloppe presque complète au cœur ; cependant, même dans ces cas, il est extrêmement rare de voir l'organe central de la circulation atteint lui-même de cancer ; ce produit morbide ne s'était pas développé de cette manière sur une pièce que vous a montrée M. Baudet (2). Un malade portait depuis un an et demi des tumeurs manifestement cancéreuses dans les deux régions inguinales ; à l'autopsie, on rencontra le même produit morbide en grande abondance dans les deux poumons. Dans le ventricule droit seulement, car le gauche était sain, on voyait une foule de mamelons cancéreux enchevêtrés dans les colonnes charnues, et dont l'un, plus volumineux, soulevait la valvule tricuspide.

Vous venez de voir l'organe central de la circulation atteint de cancer dans un cas de diathèse ; une autre fois (3), M. Titou

(1) P. 256.

(2) P. 64.

(3) P. 221.

vous a montré un tubercule du cœur, du volume d'un haricot, placé au dessous de la séreuse viscérale sur la face antérieure des ventricules.

Nous devons à M. Denouh (1) la connaissance d'un fait curieux, dont la science possède plus d'un cas analogue, mais dont le mécanisme de formation demeure toujours un mystère. Je veux parler d'une rupture spontanée du cœur. Survenue, sans prodromes appréciables, chez une femme âgée et aliénée, cette rupture ne s'accompagnait d'aucun ramollissement général de l'organe; seulement au niveau de la solution de continuité, une certaine quantité de sang s'était épanchée entre les fibres musculaires du cœur, ramollies en cet endroit, ce qui me fait rapprocher ce fait de certains cas, décrits dans les auteurs comme des anévrysmes du cœur.

Je ne vous parlerai pas, à propos des ruptures des organes circulatoires, de l'ouverture spontanée des anévrysmes, dont chaque année nous apporte périodiquement de nombreux exemples. Je ne m'arrêterai pas plus aux oblitérations veineuses, dont vous avez vu plusieurs exemples trouvés surtout chez des phthisiques. Cette coagulation spontanée du sang dans l'intérieur des veines est fréquente également dans l'état puerpéral; c'est cette maladie que l'on désigne vulgairement sous le nom de phlegmasia alba dolens. Les oblitérations fréquentes dans les veines des membres inférieurs, dans ces conditions puerpérales, sont au contraire très rares dans les autres veines de l'organisme. M. Barth (2) vous a fait voir une oblitération de la veine porte, survenue en même temps qu'un gonflement des membres inférieurs, chez une femme récemment accouchée. L'œdème des jambes disparut, mais le ventre se tuméfia graduellement, et dix mois après l'accouchement il existait encore une ascite pour

(1) P. 385.

2) P. 354

laquelle la ponction fut pratiquée. Malgré les précautions minutieuses employées dans l'exécution de cette opération, la malade fut atteinte d'une péritonite à laquelle elle succomba. La veine porte, entourée par une production fibreuse dure, était complètement oblitérée par de petits caillots blanchâtres et fermes.

C'est là, messieurs, un exemple rare des dangers auxquels exposent les oblitérations veineuses survenant à la suite de l'accouchement.

ORGANES GÉNITAUX.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus s'encroûtent parfois de tissu calcaire ; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des amas de cette substance au milieu des tumeurs de ce genre qui ont persisté pendant plusieurs années, sans altérer d'une manière grave la santé des malades. Il est moins fréquent de trouver ces masses isolées au sein de la tumeur fibreuse ; M. Hérard (1) vous en a fait voir un exemple. Le corps fibreux, trouvé sur une femme, de 83 ans, datait au moins de 40 ans ; il était d'un blanc grisâtre, parsemé de points durs ossiformes ; mais dans deux endroits, des masses calcaires, dont la plus volumineuse atteignait le volume d'une noix, étaient contenues, libres d'adhérences, dans une cavité creusée au sein du corps fibreux et tapissée par une membrane lisse, unie, d'apparence séreuse. Supposez maintenant que ces cavités, contenant des matières calcaires, soient placées de telle sorte sur une des faces de l'utérus, qu'elles puissent entrer en communication avec un conduit muqueux, comme le vagin, par exemple ; alors vous aurez des corps étrangers expulsés par la vulve, et pouvant imposer pour les pierres de l'utérus. En vous décrivant ainsi l'expulsion de ces concrét-

(1) P. 233.

tions calcaires, je n'ai fait qu'analyser une pièce anatomique, que M. Perleij m'a mise sous vos yeux (1). Cette tumeur s'était développée chez une femme de 10 ans; elle avait pris, depuis 6 mois, un développement qui avait attiré l'attention de la malade. Après des douleurs vives, la malade avait rendu par le vagin des corps ossiformes. L'examen du cadavre fit reconnaître qu'une masse calcaire considérable, développée dans l'intérieur d'une tumeur fibreuse communiquait avec le vagin.

Dans le cas précédent, une ouverture de la cavité anormale avait induit en erreur le chirurgien, et avait fait confondre cet orifice morbide avec l'utérus. Cette erreur, heureusement, ne pouvait être préjudiciable à la malade; il n'en est pas de même dans un autre fait, dont je dois ici parler. Permettez-moi, messieurs, avant de vous le rappeler, de louer le chirurgien qui, en permettant que cette pièce nous fût présentée, en la montrant lui-même dans une autre société, a voulu faire profiter la science et l'humanité de l'erreur qu'il avait commise. Vous avez, sans doute, par ces paroles, déjà reconnu un fait de hernie de l'ovaire dans la grande lèvre (2), présenté par M. Rombeau. Cette tumeur existait chez une fille de 10 ans, elle était congéniale; longtemps indolore, elle n'était devenue que depuis quelque temps le siège d'une douleur gravative; ces symptômes firent entrer la petite malade à l'hôpital des enfants. On trouva alors la tumeur située dans la grande lèvre, du volume d'une petite noix, dure vers sa partie inférieure, un peu plus molle vers sa partie supérieure, sensible au toucher; elle présentait cela de singulier, et propre à induire en erreur qu'elle ne pouvait être réduite dans l'abdomen, repoussée en haut, mais légèrement attirée en bas. L'absence de cordon appréciable reliant la tumeur de la grande lèvre aux organes abdominaux, et traversant le canal inguinal étaient

(1) P. 100.

(2) P. 151.

encore propres à tromper le chirurgien. On excisa donc la tumeur, dont on reconnut alors la nature ; c'était l'ovaire. Trois jours après, la malade succombait à une péritonite, et l'on trouvait la trompe et le ligament rond du côté malade se dirigeant vers le canal inguinal, recouverts par un prolongement de péritoine formant un canal non oblitéré jusqu'au point de la section. Ce fait, outre sa rareté, porte de graves enseignements et d'anatomie pathologique et surtout de chirurgie pratique.

Les kystes séreux de l'ovaire, et ceux des ligaments larges, ont été l'occasion de présentations intéressantes. A propos d'un kyste de l'ovaire, traité par la ponction, la canule à demeure et les injections irritantes, M. Dutard (1) nous a signalé un singulier déplacement des trompes et des ovaires : au lieu de se diriger directement en dehors, les trompes et les ovaires se recourbaient en arrière, se rejoignaient sur l'angle sacro-vertébral, se croisaient même, de sorte que la trompe droite était à gauche, et, *vice versa*, la trompe gauche à droite. Les ovaires avaient suivi le même déplacement, et adhéraient ensemble sur la ligne médiane. Dans ce cas, le kyste avait pris naissance sur l'ovaire gauche situé à droite de l'abdomen ; vous comprenez donc que le médecin, cherchant à reconnaître par le siège du kyste, l'ovaire affecté, commettrait presque assurément une erreur. Le fait d'anatomie pathologique qui a provoqué ces remarques a encore, au point de vue de la thérapeutique, une autre importance : c'est un nouvel exemple d'insuccès des tentatives de guérison radicale de kystes de l'ovaire. Ce qui frappe dans ce fait, quand on recherche la cause de la mort, ce n'est pas les accidents immédiats produits par des injections irritantes, mais plutôt par le séjour de la canule à demeure. Le kyste, considérablement revenu sur lui-même, puisque, donnant, au début du traitement à l'abdomen un volume comparable à celui d'une gros-

(1) P. 75.

sesse de sept à huit mois, il n'avait plus lors de la mort, que la capacité d'un gros œuf de poule, offrait des ulcérations dont l'une était située directement au point qui devait correspondre à l'extrémité de la canule. Je ne veux rien conclure de ce fait; je tenais à vous le rappeler comme doublement intéressant au point de vue de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

Très fréquemment, en pratiquant des ouvertures de cadavres, l'on rencontre, chez des femmes qui ont succombé à des affections très diverses, des kystes développés dans le ligament de la trompe. Notre collègue M. Follin (thèse inaug., Paris, 1850), dans un excellent travail sur le corps de Wolf, avait démontré qu'il fallait regarder l'organe connu sous le nom de Rosenmuller, comme le vestige du corps de Wolf. Il avait émis cette opinion, que la plupart des kystes séreux, situés dans ce point du ligament large, appartiennent à des canalicules distendus de l'organe de Rosenmuller. Ces kystes lui parurent analogues à ceux non moins fréquents qu'on observe chez l'homme au voisinage de l'épididyme; il compara donc ce que l'on décrit, chez l'homme, sous le nom d'hydatide de Morgagni à cette vésicule, plus ou moins pédiculée, située à l'extrémité du ligament large, et souvent adhérente à l'une des franges du pavillon de la trompe. Plusieurs pièces, qui vous ont passé sous les yeux dans le cours de cette année, ont démontré la vérité de ces opinions. M. Broca (1), sur une pièce disséquée par M. Follin, vous a montré que ces kystes siégeaient tous sur le trajet des tubes flexueux et parallèles de l'organe de Rosenmuller. Plusieurs autres pièces, que vous devez à MM. Barth (2) et Broca (3), ont confirmé cette opinion, dont chacun de nous peut vérifier presque chaque jour l'exactitude.

1 P. 45.

2 P. 91.

3 P. 438.

M. Follin (1) a mis sous vos yeux une série de pièces servant à démontrer les modifications que subissent l'épididyme, le canal déférent et le testicule, quand la glande séminale est retenue à l'anneau : il vous a prouvé que, dans ce cas, l'épididyme et le canal déférent s'engageaient souvent, soit isolément, soit ensemble, dans le scrotum, descendant plus ou moins bas dans son intérieur. Dans une autre série de pièces, il vous a fait voir les modifications que subit le testicule dans sa structure lorsqu'il est retenu à l'anneau ; vous avez pu suivre différents degrés de sa transformation fibreuse ou graisseuse. Je n'insisterai pas sur ces détails, que M. Follin a publiés lui-même, *in extenso*, dans un autre recueil (2).

Les déviations dans la forme et la direction du vagin, consécutives à un déplacement de l'utérus, ne sont pas des faits rares dans la science ; mais il est exceptionnel de les voir tels que M. Barth nous les a montrés (3). L'utérus, entraînant avec lui la vessie, allongé lui-même comme le vagin, adhérerait à la paroi abdominale antérieure, un peu au-dessous de l'ombilic ; plusieurs anses intestinales étaient collées dans le même point. Le présentateur a attribué ce déplacement et cette adhérence anormale à une péritonite locale, développée au moment de l'accouchement et ayant occasionné l'adhésion des parties alors en rapport, adhésion assez ferme pour empêcher, après l'expulsion du fœtus, le retrait normal du globe utérin.

Je terminerai, enfin, cet exposé des lésions des organes génitaux en vous rappelant cette tumeur érectile singulière, déve-

(1) P. 494.

(2) Arch. gén. de Méd.

(3) p. 136.

loppée sous la peau du scrotum qui nous a été montrée par M. Boullay (1). Cette tumeur, datant de douze ans, existait chez un homme de vingt ans ; elle avait pris un développement lent et graduel ; la marche et la chaleur augmentaient toujours son volume : elle était placée sur le côté droit du scrotum , sous la peau intacte, sans rapport aucun avec le cordon ou le testicule ; en effet, après l'ablation pratiquée par M. Robert, à l'hôpital Beaujon, on constata que la tumeur était indépendante de la glande séminale et de son conduit, et exclusivement formée par un lacis vasculaire. Un examen attentif a pu vous convaincre que ce n'était pas là une forme de varicocèle, mais uniquement une tumeur érectile sous-cutanée du scrotum.

CANCER.

Les travaux modernes, sur le cancer, ont presque tous été entrepris et suivis sous vos yeux. Déjà, depuis de longues années notre collègue, M. Lebert, nous a fait connaître ses curieuses recherches sur ce produit morbide. C'est aussi dans le sein de la Société anatomique que M. Mayor est venu exposer ses vues nouvelles. Je m'arrête, car j'aurais trop à citer de noms si je voulais entrer dans l'énumération de tous ceux d'entre vous qui ont contribué à éclairer cette partie de la science, naguère encore si incertaine, et dans laquelle, malgré les travaux accomplis, il reste encore beaucoup de travaux à faire. L'examen, au moyen du microscope, associé aux études cliniques, nous a déjà fait séparer du vrai cancer plusieurs affections dont la marche et le pronostic sont différents ; c'est ainsi que, malgré les attaques dirigées contre les résultats nouveaux, la plupart des chirurgiens, même étrangers aux études microscopiques, sont heu-

(1) p. 494.

reux d'en invoquer le secours; cependant, même parmi ceux qui s'adonnent à ce genre de recherches, il en est quelques-uns, comme Vogel, Wirchow, Bennet, qui mettent en doute les caractères spécifiques de l'élément cancéreux et de la cellule. Je n'entrerai pas dans la discussion de cette question ardue, mais j'aurai recours aux caractères tranchés des cellules cancéreuses, dans le plus grand nombre des cas, pour vous montrer, avec MM. Lebert, Broca, Follin et Robin, que l'on peut, à l'aide de ce signe, reconnaître un tissu morbide dont l'histoire clinique diffère autant que la structure des autres éléments pathologiques. Est-ce à dire, pour cela, que les signes pathognomoniques de l'élément cancéreux doivent toujours avoir les mêmes caractères manifestes? Non, assurément. Il existe, suivant les tissus, suivant même les époques de la maladie, des différences dans son aspect, et je vous rappellerai, à cette occasion, que M. Lebert nous disait que, plusieurs fois, il avait rencontré dans le cancer des os, des cellules assez mal caractérisées pour laisser dans le doute. C'est que ces cellules subissent des phases de développement comme des dégradations; l'une de ces dégradations les plus remarquables, c'est l'altération granuleuse ou grasseuse, l'une des lésions les plus fréquentes de toutes espèces de cellules. Cette infiltration, rarement bornée au noyau seul, envahit souvent toute la cellule, et, simultanément, l'on trouve, dans le tissu morbide, des gouttelettes et de grandes et petites vésicules graisseuses, elle donne lieu à un aspect particulier du tissu, que notre collègue, M. Lebert, a nommé phymatoïde. Ce serait là, suivant notre collègue, M. Bennet d'Édimbourg, le signe de la guérison du cancer. Vous l'avez entendu lui-même, à propos d'un cancer du foie, présenté par M. André (1), émettre cette

(1) p. 239.

opinion, et affirmer que le cancer était curable, curable par l'infiltration graisseuse des éléments morbides; je dis à dessein *morbides*, car M. Bennet est un des pathologistes qui nient la spécificité de la cellule cancéreuse. Cette opinion de la curabilité du cancer avait déjà été soutenue en Allemagne, comme vous l'a dit M. Lebert, par M. Bochdalesk (*Prager, vierteljahr-schrift*, 1845; v. n, p. 65 à 72). Dans son ouvrage sur les maladies cancéreuses (1), M. Lebert analyse ainsi l'opinion du médecin de Prague : « Il se développe, autour de la tumeur cancéreuse, un état d'hypérémie avec exsudation fibrineuse, qui, en se condensant, cerne et comprime la substance cancéreuse, et finit par ne plus constituer que de petites masses grenues, ou des cicatrices comme ligamenteuses, quelquefois rétractées et disséminées dans la substance du foie. » M. Bennet a soutenu devant vous cette opinion, et M. Lebert, au contraire, en a nié explicitement la vérité, objectant que les gradations propres à établir cette transition heureuse ne se rencontraient jamais, et qu'on ne voyait pas un cancer infiltré de graisse se changer en cicatrices. M. Bennet nous a affirmé, il est vrai, posséder des pièces anatomiques qui démontrent ce point; mais, comme ces pièces n'ont pas été placées sous nos yeux, et surtout qu'un singulier hasard n'en a jamais offert à ceux de nos collègues qui s'occupent de cette question; vous me permettrez, Messieurs, de révoquer en doute la curabilité du cancer par les moyens indiqués. Est-ce à dire, pour cela, que le cancer soit incurable? Je le crois, malheureusement, en l'absence de preuves du contraire, et j'applaudis, cependant, aux recherches de ceux qui cherchent à démontrer le contraire. C'est, surtout, à la Société anatomique que revient l'honneur d'avoir indiqué le mode de guéri-

(1) p. 577.

son des tubercules : espérons que, peut-être un jour, l'un de nous viendra apporter la preuve de la curabilité du cancer.

Je vous parlais, messieurs, il n'y a qu'un instant, des formes diverses des éléments cancéreux; les variations du stroma, de la trame dans laquelle ils sont déposés, l'addition de substances étrangères ont rendu compte de bien des différences qu'on avait crues radicales et qui sont cependant fort légères. Vous avez vu cette année un exemple de coloration rare de cancer ; c'était sur une pièce présentée par M. Lebert au nom de M. Leflaive (1). Un cancer d'un vert clair existait sous forme de plaques verdâtres peu saillantes sur la face interne du crâne, sur la face externe de la dure mère, perforée en plusieurs points, puis en même temps à la partie externe de l'un des reins et de l'épididyme. Ce tissu donnait un suc se mélangeant exactement à l'eau, et présentant les cellules cancéreuses avec les noyaux et nucléoles, mais moins développées que dans les cancers ordinaires. Les faits de ce genre sont rares. Balfour en a rapporté un exemple (Edimb. med. and surg. journal, avril 1835. Analysé in Archiv. gén. de Méd. Série II. vol. VIII, p. 384). Comme dans le cas de M. Leflaive, le cancer avait érodé la boîte crânienne ; enfin un troisième cas a été consigné dans vos bulletins, par M. Durand-Fardel (2).

Vous venez de voir le cancer sous forme d'une masse verdâtre claire, vous l'avez vu sous une autre forme moins rare, cependant, mais jusqu'ici, mal étudiée : je veux parler du *cancer colloïde*. A propos d'un dépôt de ce tissu morbide dans les poumons et la glande mammaire, M. Lebert a étudié bibliographiquement et histologiquement ce mode de manifestation du can-

(1) p. 116.

(2) Bullet. v. xi.

cer (1). Otto, le premier, dans son ouvrage sur les cas rares d'anatomie, de physiologie et de pathologie (2), regarde le cancer gélatineux de l'estomac comme une variété du squirrhe. M. Cruveilhier (3), dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, enrichit la science de nouveaux faits de ce genre et les rapporta également au cancer (4). J. Muller en 1838, publia le premier des recherches histologiques sur cette variété de produit morbide. Notre collègue cite encore un grand nombre d'auteurs étrangers qui ont publié sur ce sujet, des mémoires moins importants. J'ai hâte d'arriver aux recherches de M. Lebert. La malade sur laquelle cette singulière lésion a été observée, était une femme de 42 ans, placée à l'hôpital de la Charité; arrivée dans un degré de marasme et d'adynamie avancée, elle succomba trois jours après l'entrée. La manifestation première de la maladie semblait s'être faite dans la mamelle, affectée déjà depuis 12 ans; mais quand cette femme fut soumise à l'examen de notre collègue, la gêne marquée de la respiration faisait soupçonner une lésion plus profonde. On trouva à l'autopsie une masse colloïde sous-jacente à la glande mammaire gauche et envahissant les espaces intercostaux dont les fibres musculaires étaient méconnaissables; les glandes axillaires du côté gauche offraient la même altération; le poumon droit, plus altéré que le gauche, ne présentait dans ses 3/4 inférieurs qu'une masse dure de tissu colloïde; ce même produit morbide était répandu sous forme de tumeurs isolées dans le poumon gauche, plus abondantes à la base qu'au sommet. Le tissu cellulaire des mé-

(1) p. 406.

(2) Breslau, 1815.

(3) Atlas d'anat. path. liv. x et xxiv.

(4) *Veber der feineren Bau der Krankhafter Geschwulste*; Berlin.

diastins antérieur et postérieur était également envahi par la même substance. Le tissu colloïde offrait une teinte variant du jaune au gris verdâtre, et complètement transparente, analogue à une gelée ferme ; il était contenu dans des aréoles fibreuses. Cette trame examinée au microscope, fut trouvée constituée par des fibres entrelacées, laissant entre elles des lacunes renfermant la matière gélatineuse. C'était dans cette dernière que se rencontraient les éléments caractéristiques : de grandes cavités rondes ou ovoïdes, pâles, à parois diaphanes, formées de lamelles concentriques, contenant de grandes utricules, ou cellules mères rondes, ovoïdes ou allongées, mais n'ayant aucun des caractères de l'épithélium. Dans l'intérieur de ces utricules, on distinguait des éléments qui offraient une ressemblance plus ou moins complète avec les cellules cancéreuses.

Vous voyez, d'après cette étude histologique, les différences qui séparent le cancer colloïde des productions carcinomateuses ordinaires. Dans l'étude de ce fait, nous nous sommes servis souvent indifféremment des termes de tissu et cancer colloïde ; cependant cette dénomination ne doit pas être généralement appliquée.

La nature cancéreuse ne peut être révoquée en doute, sur une pièce analogue que nous devons à M. Barth (1). On voyait dans le foie des masses encéphaloïdes bien caractérisées ; d'autres masses de même nature existaient dans la paroi du rectum, et contenaient une substance gélatineuse colloïde. Dans cet endroit la co-existence de ces deux variétés du même produit morbide était un argument puissant pour conclure à l'identité de leur nature ; mais la meilleure démonstration de cette affinité, c'est le microscope qui nous la fournit comme je l'ai indiqué plus haut.

(1) p. 94.

M. Vernéuil (1), dans son rapport sur le travail de M. Lebert, a cité deux faits de productions colloïdes au sein de l'organisme ; dans le premier, la nature intime du tissu n'a pas été recherchée, mais sur une tumeur colloïde trouvée sur la face interne du fémur, on a reconnu l'absence des éléments cancéreux.

Il résulte de cette analyse rapide de plusieurs variétés de cancers que nous avons eus sous les yeux, pendant le cours de cette année, que le stroma, l'enveloppe, le véhicule, pour ainsi dire, du cancer peut changer beaucoup, offrir une ressemblance parfaite avec d'autres productions non-carcinomateuses, présenter, par conséquent, les mêmes caractères physiques, et embarrasser le médecin, s'il n'a recours à l'étude microscopique, qui devient alors d'un puissant secours pour la pathologie et la thérapeutique.

A côté de ces variations dans les caractères extérieurs et dans les formes du cancer, je vous citerai plusieurs cas où le siège du produit morbide était différent de ce que l'on rencontre habituellement. Sur la pièce de M. Lebert, que j'ai citée plus haut (2), le cancer colloïde développé au dessous de la glande mammaire avait laissé au dessus de lui, une couche de la glande dans laquelle on trouvait éparses quelques masses rares de colloïde. Cette situation du cancer au centre des organes était encore plus marquée sur une pièce de M. Letixerant (3) ; on y voyait le testicule étalé comme une enveloppe superficielle et mince au dessus de la masse encéphaloïde. Cette situation anormale du cancer peut être, pour le diagnostic, une cause d'erreur souvent presque inévitable.

(1) p. 414.

(2) p. 406.

(3) p. 228.

A côté de ces cas exceptionnels, je dois signaler une tumeur cancéreuse volumineuse que vous a montrée M. L. Blin (1), et qui était développée dans le flanc droit au-dessous des parois abdominales, n'ayant aucune connexion avec le foie ou le rein. A propos de cette pièce, M. Broca nous a rapporté avoir déjà rencontré deux faits analogues.

SYPHILIS CONGÉNIALE.

La syphilis congéniale se manifeste sous des formes diverses dont nous avons vu cette année plusieurs exemples. Je ne reviendrai pas sur la discussion que ce sujet a provoqué à l'académie de médecine ; nos bulletins renferment, depuis plusieurs années assez de cas de ce genre pour que je me borne à vous exposer brièvement ceux qui ont été mis sous vos yeux.

Ces manifestations de la syphilis se rencontrent surtout chez le nouveau-né sur trois organes : à la surface de la peau, sous forme de pemphigus ; dans les poumons, où ils produisent des engorgements limités et des collections de liquide ressemblant à des abcès ; enfin elle détermine un changement dans la structure et l'aspect du foie ; j'ajouterai encore les abcès du thymus, dont il ne doit pas être question ici, puisqu'aucun cas de ce genre ne vous a été présenté.

Dans un rapport sur une observation de pemphigus syphilitique chez le nouveau-né, M. Lebert (2) nous a donné un exposé complet des travaux publiés sur ce sujet. Il cite Dugès, Krauss surtout, et plusieurs autres médecins allemands qui ont publié des observations de pemphigus syphilitique chez le

(1) p. 195.

(2) p. 320.

nouveau né. C'est en 1837, que nous trouvons dans nos bulletins la première mention du pemphigus syphilitique. M. Cazeaux, dans le commencement de l'année 1837 (1), faisait voir le cadavre d'un enfant nouveau-né, qui présentait aux jambes et aux pieds une éruption pemphigoïde manifeste. Dans ce cas, bien que la mère de cet enfant n'offrit aucun signe de syphilis, ou assurât n'avoir jamais été atteinte de cette maladie, M. Cazeaux regarda comme syphilitique l'affection cutanée de l'enfant, et se demanda si la syphilis n'aurait pas pu être communiquée, au père sans attaquer la mère. A cette occasion (2), M. Nivet annonça avoir observé une éruption cutanée semblable chez un enfant nouveau-né, dont la mère avait été atteinte de chancres pendant sa grossesse. Dans la même année (3), M. Depaul mit sous les yeux de la société le cadavre d'un enfant né à 8 mois, atteint de pemphigus, et dont le père était atteint de blennorrhagie et de bubons. Les trois enfants dont je viens de vous rendre compte avaient provoqué plusieurs discussions; la nature syphilitique de l'affection était évidente pour MM. Cazeaux, Cruveilhier, Depaul et Vigla (4); au contraire, elle était niée par MM. Behier, Rillier et Hardy. En 1841, deux nouveaux faits de pemphigus syphilitique furent présentés par M. Depaul (5); des antécédents syphilitiques existaient, dans l'un des cas, chez le père; dans l'autre chez la mère. L'année suivante notre collègue (6) nous apportait une lésion du même genre,

(1) Bull. 1837, p. 101.

(2) Ibid.

(3) Bull. 1837, p. 325.

(4) Ibid. p. 354.

(5) Bull. 1841, p. 235.

(6) Bull. 1842 p. 175.

chez un enfant dont les parents n'offraient aucun antécédent spécifique. Pendant plusieurs années le recueil de nos travaux ne contient plus d'exemple de pemphigus des nouveau-nés, non pas, messieurs, que les cas de ce genre aient cessé de se présenter, mais parce que l'attention n'était plus fixée sur ce sujet.

Remise de nouveau en question cette année, par celui-là même de nos collègues qui avait été, quelques années auparavant un des défenseurs de la spécificité de l'éruption pemphigoïde, les faits que vous avez pu voir se sont multipliés de nouveau. Ainsi en 1851, et au commencement de 1852, huit observations de ce genre vous ont été rapportées, et dans aucune la nature spécifique de l'éruption ne peut être mise en doute (1). Vous avez pu juger, à propos d'une dernière pièce que nous montrait, il y a quelques semaines, M. Depaul, du zèle judicieux avec lequel il poursuit ses recherches, et de l'impartialité qu'il apporte dans ses recherches, pour élucider cette question difficile.

Je ne ferai que mentionner ici l'altération particulière des poumons, que M. Depaul a décrite dans un Mémoire présenté en 1851 à l'Académie de médecine ; c'est devant nous qu'il en a présenté, il y a plus de quatorze ans, les premiers exemples, sous forme de collections de liquide limitées, d'engorgements localisés à une portion de l'organe (2). Notre collègue les attribuait déjà, à cette époque, à une affection syphilitique des parents.

La dernière lésion que je vous ai indiquée est l'*altération*

(1) P. 316, 373, bull. 1852.

(2) Bull. 1837, pp. 373, 324.

du foie, décrite dans la syphilis congéniale, par M. Gubler (1). Cet organe offre, dans ce cas, une teinte jaune plus ou moins tranchée; le tissu du foie semble parsemé d'un semis fin, et, dans son intérieur, on retrouve du tissu fibro-plastique en abondance.

Ces lésions peuvent se rencontrer isolées chez les enfants issus de parents syphilitiques; on peut, au contraire, les trouver réunies: nouvel argument, propre à démontrer la nature syphilitique de ces diverses lésions.

Il me reste, Messieurs, en terminant ici mes fonctions de secrétaire, à vous remercier de l'honneur que vous m'avez conféré, et aussi de l'attention que vous avez bien voulu me prêter aujourd'hui. L'importance et le nombre de vos travaux sont mes meilleures excuses de la longueur du travail que j'ai eu l'honneur de lire devant vous.

(1) Bull. 1847, 67.

ÉLOGE

DE STUART COOPER.

PAR LE D^r **BLAIN** des **CORMIERS**.

MESSIEURS,

J'ai à vous entretenir quelques instants d'un de nos bons et estimables collègues, trop tôt enlevé à la science et à ses amis. Stuart Cooper était en effet un de ces hommes modestes, laborieux, intelligents, hommes d'élite, que l'on est heureux de connaître, que l'on regrette de n'avoir pas assez connus ! C'est vous dire, Messieurs, que cette courte notice sera simple et sans prétentions, comme fut la vie scientifique et privée du collègue que nous avons perdu.

Né à Isla en Ecosse, l'année 1804, Stuart Cooper fut, dès son enfance, éprouvé par le malheur : il perdit son père et sa mère. Je n'ai pu me procurer que de très-vagues renseignements sur la première partie de sa vie ; il en parlait fort peu lui-même, et comme à regret, cette époque lui rappelant de tristes souvenirs, et des revers

qui l'avaient frappé dans la carrière commerciale, pour laquelle il ne se sentait du reste aucune disposition.

Ce n'est qu'à la fin de l'année 1838, qu'il prend à Paris sa première inscription de médecine : il avait alors 34 ans. Assurément, Messieurs, il faut être doué d'un grand courage et d'une force de volonté peu commune, pour oser, à une époque de la vie où les hommes sont généralement tout ce qu'ils doivent être un jour, pour oser, dis-je, entreprendre à cet âge des études longues et pénibles, et dont le résultat est si rempli d'incertitude. C'est précisément cette énergie et cette force de volonté, qui distinguaient Stuart Cooper.

Il eut du reste, dès son début, le bonheur de trouver un appui précieux dans l'un des plus illustres professeurs de cette école. La bonté toute paternelle de M. Rostan, qui avait su apprécier ses heureuses qualités, lui fit prendre en patience les obstacles et les difficultés que chacun d'entre nous, à des degrés divers, rencontre à tous les instants. Mais jamais, j'ai hâte de le dire, une plus vive reconnaissance ne récompensa une protection plus éclairée. Dans tous ses travaux, dans toutes les circonstances de sa vie, Stuart Cooper rapportait à son maître l'honneur de ce qu'il avait fait, et plus encore de ce qu'il comptait faire.

Ses succès à l'École étaient en même temps pour lui un continuel encouragement. Après les examens les plus brillants, il remporta en 1845 le prix Corvisart.

J'ai lu, Messieurs, dans son entier, ce volumineux travail sur l'albuminurie, dont il a reproduit quelques fragments dans sa thèse soutenue le 26 août 1846, et qui est intitulée : *De l'urine des albuminuriques*. Œuvre patiente et laborieuse, où, à côté d'observations exactes et minutieuses, à côté de savantes recherches chimiques et physiques, se trouvent de nombreuses pages d'une discussion serrée, brillante, quelquefois même éloquente.

Avec trop de complaisance peut-être, mais avec toute l'ardeur d'une conviction profonde, il soutient, à l'exclusion de toute autre, la doctrine de son maître, et se déclare pur organiciste : avec trop de vivacité parfois, il combat les auteurs, même éminents, de notre époque, qui ne partagent pas entièrement cette manière de voir.

Un esprit aussi exact et aussi laborieux devait ambitionner l'honneur de partager vos utiles travaux, d'assister à ces séances, où en quelques heures nous voyons passer sous nos yeux tant de richesses anatomiques, et de prendre part à vos discussions, qui éclairent tant de points jusque là obscurs ou douteux dans la science. En 1845, Stuart Cooper vous présenta, comme candidat au titre de membre adjoint, différentes pièces d'anatomie pathologique, et des observations qui donnèrent lieu à d'intéressants débats. C'étaient entr'autres un cas de carcinôme de l'estomac, avec gangrène du foie ; puis un exemple de tubercules de la protubérance.

Bientôt après, il était nommé membre adjoint de la société anatomique.

Chef de Clinique à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Rostan, collaborateur de M. Bouchardat dans un remarquable travail sur l'action physiologique comparée des chlorure, bromure et iodure de potassium, estimé de ses confrères, aimé de ses maîtres, Stuart Cooper promettait à la science d'utiles travaux ; et, malgré de récentes pertes de famille, il commençait à voir s'ouvrir devant lui un avenir heureux, peut-être même brillant, quand ses espérances et celles de ses amis furent cruellement trompées.

Il eut le sort de bien des médecins distingués qui succombent à une affection qu'ils ont longtemps et spécialement étudiée.

J'ai entendu émettre l'opinion que ces faits, si tristes

et en même temps si singuliers, n'étaient pas seulement dus à une simple coïncidence ; mais que tel étudiait la phthisie parce qu'il était phthisique, tel les affections carcinomateuses parce qu'il était cancéreux, ou, en d'autres termes, le médecin, préoccupé des premiers symptômes d'une maladie organique dont il porte en lui le germe, fixerait plus longtemps ses regards sur une affection analogue qu'il voit marcher et progresser dans les autres, et peut-être même se bercerait, sans se l'avouer, du vain espoir de découvrir à force de travail et de patience un remède au mal qui le tue lentement.

Stuart Cooper, lui, quand il étudiait l'albuminurie, quand il en faisait le désespérant pronostic, était loin assurément de se douter que bientôt il serait atteint de cette cruelle maladie.

Ce fut après les tristes journées de Juin 1848, dans lesquelles il se multiplia pour porter secours aux blessés; ce fut après des fatigues sans nombre, après trois jours et trois nuits passés au froid et à l'humidité, (causes les plus fréquentes, suivant lui, de l'albuminurie), qu'il commença à éprouver des malaises, puis de la fièvre ; puis, guidé par différents symptômes, il répéta sur lui-même les expériences si certaines, qu'il avait tant de fois faites sur les autres ; nul doute ne lui resta : il était albuminurique.

Pendant une longue maladie, au milieu des souffrances les plus cruelles, il espérait toujours, et faisait encore des projets pour l'avenir ; lorsqu'enfin il succomba, entouré de ses amis, et presque joyeux d'une distinction honorifique qu'il recevait en mourant, et qui récompensait trop tard son courage et son dévouement.

TABLE DES MATIERES

CONTENUES DANS LE TOME VINGT-SIXIÈME.

A

Abcès du cerveau, 378.
 — du poumon, 432.
 — du rein ouvert dans le colon, 436.
 — de la vésicule biliaire, 457.
 Absence du rein, 39, 248.
 Abdomen (plaie pénétrante de l'), 404.
 Adhérences de l'intestin, de l'utérus et de la vessie à la paroi abdominale antérieure, 453, 473.
 — des parois du vagin, 447.
 Albuminurie, 54, 449.
 Altération graisseuse des muscles, 469, 534, 594, 455.
 — velvétique des cartilages artic., 472, 475, 202.
 Amincissement des cartilages artic., 464, 472.
 — des os, 404, 447.
 Anévrysme artérioso-veineux, 254.
 — de l'aorte, 402, 419, 496, 555.
 Ankylose, 452, 558.
 Anomalie artérielle, 434.
 — du muscle transverse du périnée, 250.
 — dans la disposition du péritoine, 428.
 Anus contre nature, 566.
 — (Absence de l'), 449.
 — (imperforation de l'), 567.
 Aorte (anévrysme de l'), 402, 419, 496, 555.
 — (dilatation de l'), 402.
 — (rupture de l'), 25.
 Apoplexie du cerveau, 52.
 — du foie, 48.
 — du poumon, 65.
 Arachnoïde (concrétions calcaires dans l'), 24.

Artère (déchirure d'), 405.
 — coronaires du cœur ossifiées, 68.
 — (rupture de l') coronaire de l'estomac, 464.
 — (anévrysme de l') humérale, 254.
 Arthrite sèche, 404, 420, 487, 200, 202, 204, 349.
 — du genou, 28.
 — du poignet, 448.
 Asphyxie (poumons dans l'), 47.
 Atrophie de la vésicule biliaire, 446.
 — du rein, 56, 90, 444.
 Avortement, 489.

B

Bassin (fracture du), 457.
 — (tumeur du), 57.
 Biliaires (calculs), *vide* calculs biliaires.
 Biliaire (abcès extér. à la vésicule), 457.
 Bourse muqueuse ischiatique, 455.
 Bourses séreuses de la main (lésion des), 240.
 Bras d'un fœtus serré par une bride, 250.
 Bronches (dilatation des), 90, 403.
 — (ulcération des), 449.

C

Calculs biliaires, 43, 24, 48, 90, 445, 457, 446, 447, 454, 480, 227, 228, 460.
 Calculs rénaux, 50, 56, 89, 456, 223, 374.
 Cancer colloïde du sein, des poumons, du médiastin antér. et des plèvres, 406, 474.

- (curabilité du), 235, 475.
- du cœur, 64, 467.
- de la dure-mère, 416.
- de l'épididyme, 416.
- de l'estomac, 27, 38, 595.
- du foie, 91, 155, 237, 242.
- du gros intestin, 91.
- de la mamelle, 246.
- du médiastin, 256, 406, 467.
- du pancréas, 91.
- situé sous la paroi abdominale, 495.
- du rein, 28, 50, 116, 148, 206.
- de la région sous-maxillaire, 82.
- du testicule, 228, 480.
- de l'utérus, 69, 187.
- verdâtre de la dure-mère, du rein et de l'épididyme, 416, 477.
- de la vessie, 25, 28, 88, 135, 404.
- Cancroïde épithélial du larynx**, 498.
- du maxillaire supérieur, 182.
- Capsules surrén.** (tubercules des), 38.
- Cardite**, 68.
- Carie syphilitique des os du crâne**, 459.
- des vertèbres, 71, 162, 406.
- Cartilages articulaires** (absorption ulcéroïde des), 170, 173, 206, 444.
- (altération velvétique des), 172, 175, 202, 443.
- amincissement des), 164, 178, 442.
- (épaississement des), 178, 442.
- (cicatrisation des), 106, 182, 459.
- (nécrose des), 109, 165, 182, 446.
- (ossification des), 165, 168, 449.
- (tubercules sur les), 245.
- (usure des), 452, 442.
- Cerveau** (abcès du), 378.
- (apoplexie du), 252.
- (induration des circonvolutions du), 546.
- (inflammation du), 40.
- (tubercules du), 156.
- Cervelet** (hydatides du), 158.
- (tubercules du), 67.
- Cicatrisation des cartilages articulaires**, 106, 182, 459.
- Cirrhose du foie**, 159, 155.
- Clitoris** (tumeur sous le prépuce du), 251.
- Cœur** (cancer du), 64.
- (hypertrophie du), 42.
- (rétrécissement de l'orifice mitral du), 42, 146, 225.
- (induration des valvules aortiques), 368.
- (inflammation du), 68.
- (Ossification des art. coronaires du), 68.
- (rupture du), 585, 468.
- (tubercule du), 221, 467.
- Colloïde** (cancer des plèvres, du poumon, du médiastin et du sein, 406, 474.
- du gros intestin et des ovaires, 91.
- Compte-rendu des travaux de l'année** 1854, 421.
- Concrétion calc.** de l'arachnoïde, 84.
- dans un muscle, 568.
- ossiforme de la glande thyroïde, 49, 495, 206.
- sous le péricarde, 454.
- Côtes** (amincissement des), 104.
- (exostoses des), 85.
- (fracture des), 86.
- Cou** (tumeur mélicérique du), 254.
- Coude** (arthrite sèche du), 200, 549.
- (fracture du), 202.
- (luxations du), 204, 292.
- Crâne** (cancer verdâtre du), 416.
- (carie syphilitique du), 145, 477.
- (fracture du), 40, 570.
- Croup**, 49, 159.
- Cubitus** (fracture du), 246.
- Cysticerques** dans l'arrière-cavité des épiploons, 447.
- Cystite**, 29.

D

Déchirure du foie, 200.

Déformation du foie, 13, 69.
 Déviation du doigt auriculaire,
 225.

Dilatation de l'aorte, 102.
 — des bronches, 89, 103.
 — des cavités d'un rein, 110,
 250.
 — de l'urètre, 89.

Diverticulum de l'intestin grêle, 90,
 358, 368, 456.
 — de la vessie, 42.

Doigt (corps étrangers autour du),
 37.

— surnuméraire, 197, 251, 247.

Duodenum (diverticulum du), 90.

Dure-mère (cancer verdâtre de la),
 116, 475.

— (phlébite des sinus de la), 196.

— (tubercule de la), 347, 558.

— (tumeur sous la), 225.

E

Eloge de Stuart Cooper, 485.

Encéphalite, 40.

Epaississement des cartilages articul.
 178, 442.

Epididyme (altération de l') quand
 le testicule est à l'anneau, 194.

— (cancer verdâtre de l'), 116,
 475.

— (kyste séreux de l'), 593.

— (tubercule de l'), 375.

Epiploons (cysticerques dans l'arriè-
 re cavité des), 117.

Erectile (tumeur) du scrotum, 194,
 474.

Estomac biloculaire, 87.

— (cancer de l'), 27, 55, 207, 593.

— (ramollissement de l'), 162.

— (ulcère de l'), 103, 161, 456.

— (ulcère de l') bouché par le
 sternum, 69.

Etranglement intestinal, 252.

Eventration, 104.

Exostoses cartilagineuses des côtes,
 85.

— du sinus frontal, 220.

— du sinus maxillaire, 222.

— du tibia, 228.

Extrophie de la vessie, 101.

F

Fémur (fracture du), 26, 47, 157,
 390, 403, 404.

— (hydatides du), 154.

— (nécrose du), 189.

— (tubercules du), 150.

Fessière (tumeur fibroplastique de la
 région), 97.

Fibreuse (tumeur du bassin), 37.

— (tumeur de l'ovaire), 25.

— (tumeur de l'utérus), 29, 50,

42, 148, 155, 187, 190, 253,

253, 469.

Fibroplastique (tumeur du testicule),
 87.

— (tumeur du thorax), 154.

— (tumeur de la région fessière),

97.

Foie (apoplexie du), 48.

— (cancer du), 152, 257, 242.

— (cirrhose du), 159, 155.

— (déchirure du), 200.

— (déformation du), 15, 69.

— (hydatides du), 47, 347, 400.

Fosses nasales (polype des), 55.

Fracture du bassin, 157.

— du cubitus, 216.

— du crâne, 40, 370.

— du fémur, 26, 47, 157, 390,

403, 404.

— de l'os iliaque, 64.

— de la jambe, 148.

— de l'humérus, 183.

— de l'olécrâne, 162.

— du radius, 262, 403, 404.

G

Ganglions tuberculeux ulcérant l'intestin grêle, 47, 159.

Gangrène des orteils, 49.

Genou (ankylose du), 28.

— (kystes séreux de la capsule du)
 97.

— (inflammation du), 28.

— (tumeur blanche du), 221, 227
 242.

Graisseuse (altération) des muscles,
169, 381, 394, 453.
Grossesse gemellaire, 449.
— extra-utérine, 415.

H

Hernies celluluses du gros intestin,
79, 447.
Hernie diaphragmatique, 147.
— ombilicale, 22, 164, 401.
— de l'ovaire dans la grande lè-
vre, 454, 470.
Humérus (fracture de l'), 180.
Hydatides du cervelet, 158.
— du foie, 47, 347, 400.
— du fémur, 154.
— du poumon, 44, 466.
Hydrocèle, 490.
Hypertrophie du cœur, 42.
— mammaire partielle, 192, 195,
365.
— du périoste du maxillaire au-
périeur, 86.
— de la prostate, 37.
— des parois des vésicules sémi-
nales, 67.

I

Jambe (fracture de la), 448.
Iliac (fracture de l'os), 64.
Imperforation de l'anus, 567.
— du rectum, 449.
Intestin (cancer du gros), 91.
— (déchirure de l'), 401.
— (diverticulum de l'), 90, 338,
368, 456.
— (étranglement de l'), 232.
— (hernies celluluses de l'),
70, 447.
— (lésions de la fièvre typhoïde
dans l'), 155, 222.
— perforation tuberculeuse de l')
454.
— (rétraction de l'), 24.
— (ulcérations de l') dans la pel-
lagre, 349, 460.

K

Kyste hydatique du cervelet, 158.
— du fémur, 154.
— du foie, 47, 347, 400.
— séreux de la capsule du ge-
nou, 97.
— du ligament large, 45, 69, 91,
415, 458, 472.
— de la main, 200.
— de la mamelle, 200, 274.
— du mésentère, 455.
— de l'ovaire, 43, 75, 592, 471.
— hydatique du poumon, 44, 466.
— du reip, 374.

L

Laryngite pseudo-membraneuse, 49,
159.
Larynx (altération du) dans la
phthisie, 455, 508.
— (polype du), 457, 465.
— (productions épithéliales dans
le), 192, 547, 465.
Ligaments larges (kystes séreux des)
45, 69, 91, 415, 458.
Lèvre (hernie de l'ovaire dans la
grande), 454, 470.
— (structure de la grande), 92.
Lipôme, 88, 546.
Luxation du coude, 204, 292, 428.
— des os iliaques, 64.
— des vertèbres, 255.

M

Main bot palmaire, 98.
Main avec doigt surnuméraire, 197,
251, 247.
— (lésion des bourses séreuses de
la), 210.
Malléoles (fracture des), 88.
Mamelle (cancer colloïde de la),
406, 474.
— (cancer de la), 246.
— (kystes de la), 200, 274.
— (hypertrophie partielle de la),
492, 495, 365.
Maxillaire (affection de l'os), 86,

152, 229, 250, 474.
 Médiastin (cancer du), 256, 406, 467.
 Mélanose de l'œil, 64.
 Membres de la société anatomique, 4, 112, 208, 341, 420.
 Méningite, 567.
 Mésentère (kyste séreux du), 155.
 Métrite granuleuse, 70.
 Muscles (altération graisseuse des), 50, 169, 381, 394, 455.
 — (anomalie des), 350, 375.
 — (prétendue transformation fibreuse des), 379, 380.

N

Nasales (polype des fosses), 55.
 — (Lésions syphilitiques des fosses), 116.
 Nécrose des cartilages articulaires, 109, 165, 184, 446.
 — du fémur, 189.
 Néphrite, 29, 54, 119.
 Névrome, 101.
 Nomination des membres de la Société, 112, 208, 341, 420.

O

Oblitération du rectum, 149.
 — des canaux biliaires, 227.
 — de l'urètre, 199, 110.
 — du col de l'utérus, 70, 104, 160.
 — des veines caves inf. iliaques et fémorales, 352.
 — de la veine porte, 354, 468.
 Oeil (mélanose de l'), 64.
 OEsophage (perforation de l'), 355.
 Olécrâne (fracture de l'), 162.
 Ombligo (hernie par l'), 22, 161, 402.
 Orteils (gangrène des), 49.
 Os (amincissement des), 147.
 — (tubercules des), 44, 165, 219.
 — (fracture de l') iliaque, 64.
 Ossification anticipée des cartilages temporaires, 245.
 — des artères coronaires du cœur 68.

— des cartilages articulaires, 165, 168, 449.
 Ostéomalacie, 322.
 Ovaire (colloïde de l'), 91.
 — (hernie de l') 151, 470.
 — (kyste de l'), 45, 75, 392, 471.
 — (tumeur fibreuse de l'), 25.

P

Pancréas (cancer du), 91.
 Pellagre (ulcérations de l'intestin dans la), 349, 460.
 Pemphigus syphilitique du fœtus, 316, 371, 373, 481.
 Péricarde (concrétion ossiforme sous le), 154.
 — (vésicules closes du), 275, 423.
 Péricardite, 59, 68, 84.
 Périoste (affection du), 86, 198, 229, 250, 249.
 Perforation de l'estomac, 69, 105, 161, 457.
 — de l'œsophage, 355.
 — de l'intestin, 154, 459.
 — du poumon, 50.
 Péritoine, (disposition anormale du) 15, 425.
 — (corps étrangers du), 120, 452.
 Pied-bot, 50, 144, 254, 365, 384, 394, 450.
 Pied (tumeur blanche du), 245.
 Pie-mère (concrétions calcaires dans la), 84.
 Phlébite, 196, 224.
 Phlebolithes, 91.
 Phlegmasia alba dolens, 155.
 Phthisie (oblitération des veines dans la), 352.
 Plèvre (cancer colloïde de la), 106, 474.
 — (fausse membrane ossifiée de la), 358.
 — (tubercules de la), 54.
 Pleurésie suivie de pneumothorax, 50.
 Plexus choroïdes tuberculeux, 54.
 Pneumothorax, suite de pleurésie, 50.
 Polype du larynx, 57, 465.
 — du sinus maxillaire et des fosses nasales, 35.

— de l'utérus, 57.
Poumon (abcès métastatique du), 455.
 — (apoplexie du), 65.
 — (cancer colloïde du), 466, 474.
 — (kyste hydatique du), 44, 466.
 — (tubercules du), 47, 455.
Prolapsus de l'utérus, 461.
Prostate (hypertrophie de la), 27.
 — (tubercules de la), 89.
Pseudo-membrane pleurale ossifiée, 355.
 — recouvrant un foie cancéreux, 368.
Pyélite, 30, 460.
Pylore (cancer du), 58.

R

Rachis (carie du), 406.
Rachitisme, 55, 455.
Radius (fractures du), 262, 405.
Ramollissement de l'estomac, 462.
Rectum (hernie de la muqueuse du), 70.
 — (Imperforation du), 449.
 — (oblitération du), 449.
Rein (abcès du), 456.
 — (absence d'un), 59.
 — (atrophie du), 30, 99, 444.
 — (calculs du), 50, 56, 89, 456, 225, 374.
 — (cancer du), 28, 50, 416, 448, 206, 475.
 — (dilatation des cavités du), 350.
 — (état gras du), 42.
 — (inflammation du), 39.
 — (kystes du), 374.
 — (tubercules du), 59, 89, 444, 447.
Rotule (absorption ulcéroïde du cartilage d'une), 206.
 — (anatomie de la), 464.
 — (arthrite sèche), 204.
Rupture de l'aorte, 25.
 — de l'artère coronaire de l'estomac, 461.
 — du cœur, 385, 468.
 — de l'urètre, 152.

S

Scrotum (tumeur érectile du), 494.
Séminales (tubercules des vésicules), 401.
Sinus maxillaire (exostose du), 252.
 — frontal exostose du, 220.
Spina bifida, 105, 555.
Sternum bouchant un ulcère stomacal, 69.
Synoviales tendineuses des doigts, transformation graisseuse des, 25.
 — tumeur du jarret, 178.
Syphilis, diathèse 159.
 — (pemphigus du fœtus causé par la), 516, 574, 575, 484.
 — (lésions des fosses nasales dans la), 446.

T

Testicule (altération du, retenu à l'anneau), 191, 475.
 — (cancer du), 228, 480.
 — (tubercules du), 575.
 — (tumeur fibro-colloïde du), 574.
 — tumeur fibro-plastique du, 87.
Tibia (exostose du), 228.
Thyroïde (concrétions ossiformes de la glande), 49, 85, 495, 206.
Tubercules des capsules surrénales, 58.
 — sur les cartilages articulaires, 245.
 — du cerveau, 156.
 — du cercelet, 67.
 — du cœur, 224, 467.
 — de la dure-mère, 547, 558.
 — de l'épididyme, 375.
 — du fémur, 450.
 — des ganglions mésentériques, 47.
 — de la plèvre, 54.
 — des plexus choroïdes, 50.
 — du poumon, 47, 455.
 — de la prostate, 401.
 — des reins, 59, 89, 101, 135.
 — sous la paroi thoracique,

- 446.
- dutesticule, 373.
- des urétères, 39.
- de la vessie, 59.

- Tumeur du bassin, 37.
- blanche du genou, 224, 227, 242.
- du pied, 24.
- sous la dure-mère, 223.
- épithéliale du larynx, 498, 547.
- érectile, 424, 400.
- fibreuse chez le cheval, 434,
- de l'ovaire, 23.
- de l'utérus, 29, 30, 42, 448, 453, 487, 190, 255, 255, 469.
- fibroplastique de la région fessière, 97.
- dutesticule, 374.
- du thorax, 454.
- mélicérique du cou, 234.
- du prépuce du clitoris, 351.
- sous synoviale du jarret, 478.
- synoviale péri-articulaire, 450.

U

- Ulcère non cancéreux du vagin et de l'utérus, 495.
- Ulcéroïde (absorption — des cartil. artic.), 170, 473, 206, 444.
- Ulcère de l'estomac, 69, 403, 464, 458.
- du gros intestin, 42, 435.
- de l'intestin dans la pellagre, 349.
- par des ganglions tuberculeux, 47, 459.

- Urètre (dilatation de l'), 69.
- (oblitération de l'), 499, 440.
- (perforation de l'), 22.
- (rétrécissement de l')
- (rupture de l'), 132.
- Utérus adhérent à la paroi abdominale ant., 436, 473.
- (cancer de l'), 69, 487.
- (oblitération du col de l'), 70, 404, 460.
- (polype de l'), 37.
- (prolapsus de l'), 164.
- (tumeur fibreuse de l'), 29, 30, 42, 448, 453, 487, 490, 253, 255, 469.
- (ulcère non cancéreux de l'), 405.

V

- Vagin (adhérence des parois du), 447, 473.
- (ulcère non cancéreux du), 195.
- Varices, 133.
- Veines (inflammation des), 224.
- après l'accouchement, 155.
- (oblitération des), 352, 353, 468.
- Vertèbres (luxation des), 255.
- (Carie des), 71.
- Vessie (adhérence de la), 136, 473.
- (cancer de la), 23, 28, 88, 135, 404.
- (cellules de la), 42, 220.
- (extrophie de la), 101.
- (inflammation de la), 29.
- (hypertrophie des tuniques de la), 59.

TABLE DES TRAVAUX ORIGINAUX.

- André.* Cancer du foie, 237.
- Baumgarten.* Kystes de la mamelle, 271.
- Blain des Cormiers.* Eloge de Stuart Cooper, 485.
- Blondeau.* Pneumothorax consécutif à une pleurésie chronique, 30.
- Broca.* De l'altération graisseuse des muscles, et de son influence sur la formation des pieds bots, 36, 381, 394.
— Structure de la grande lèvre, 92.
- Buisson.* De l'ostéomalacie, 332.
- Corvisart.* Des vésicules closes probablement glandulaires du péricarde, 273.
- Denucé.* Mémoire sur les luxations latérales du coude, 292.
- Desruelles.* Pemphigus syphilitique du nouveau-né, 316.
- Deville.* Corps étrangers libres du péritoine, 120.
— Lésion chronique des bourses séreuses de la paume de la main, 210.
- Dubreuil.* Rapport sur un cas d'ostéomalacie, 340.
- Dufour.* Diathèse syphilitique, 139.
- Dutard.* Kyste de l'ovaire, traité par les ponctions multiples et les injections irritantes, 75.
- Labric.* Cancer du médiastin antérieur, 256.
- Lebert.* Du cancer colloïde, 406.
— Rapport sur un cas de diathèse syphilitique, 74.
— Rapport sur une observation de pemphigus syphilitique chez le nouveau-né, 320.
- Leudet.* Compte-rendu des travaux de 1851, 421.
— Rapport sur un cas de cancer du médiastin, 258.
- Rombeau.* Carie vertébrale, 71.
- Verneuil.* Quelques faits relatifs à l'histoire des fractures du radius, 262.
— Rapport sur une observation de cancer colloïde, 414.

**Noms des présentateurs de pièces ou observations
mentionnés dans ce volume.**

- Alby, 155, 252, 253.
 André, 28, 190, 222, 257, 567.
 Bacquias, 89.
 Barth, 15, 14, 24, 29, 50, 56, 57,
 42, 47, 48, 68, 69, 90, 91, 102,
 103, 104, 114, 156, 157, 146,
 147, 160, 227, 228, 232, 349,
 553, 554.
 Bauchet, 26, 64, 89, 198, 199,
 300.
 Baumgarten, 64, 87, 118, 270.
 Blain des Cormiers, 485.
 Blin, 67, 116, 119, 152, 158, 195.
 Blondeau, 50.
 Boullard, 154.
 Boullay, 195, 194, 206.
 Bouteiller, 197, 231.
 Branner, 207.
 Broca, 25, 27, 45, 50, 60, 70, 92,
 104, 106, 110, 111, 118, 135,
 156, 152, 162, 165, 166, 169,
 172, 175, 178, 180, 181, 187,
 227, 250, 254, 245, 280, 251,
 558, 579, 580, 581, 595, 594,
 406.
 Buisson, 552.
 Canuet, 404.
 Caudmont, 25.
 Chassin, 225.
 Combessiz, 347.
 Corvisart, 275.
 Cruveilhier, 593.
 Denouh, 585.
 Denucé, 252, 292, 565.
 Depaul, 149, 371.
 Desruelles, 316, 575.
 Deville, 15, 57, 115, 20, 1 404.
 Dubreuil, 159, 340.
 Dufour, 54, 59, 40, 67, 71, 85,
 159, 150, 151, 156, 162, 196,
 546, 547, 558.
 Durand-Fardel, 22.
 Dutard, 75.
 Fano, 567, 575.
 Follin, 98, 191, 204, 206, 249.
 Foucher, 22, 64, 88, 152, 190, 200,
 568, 405, 404.
 Goupil, 42.
 Hérard, 255.
 Houel, 104, 153, 155.
 Kinsbourg, 47.
 Labat, 87.
 Labric, 206, 256, 579.
 Lacaze, 47, 212.
 Lebert, 42, 74, 86, 116, 141, 246,
 520, 374, 575, 406.
 Lebret, 28, 86.
 Lecomte, 82, 97.
 Leflaive, 187, 197.
 Legendre, 66, 85, 86, 592.
 Letixerant, 157, 228.
 Leudet, 25, 57, 58, 117, 119, 258,
 555, 558, 567, 568.
 Mailly, 45.
 Mesnet, 155, 400.
 Mondières, 55, 88, 189.
 Moreau (Armand), 120, 148, 155,
 220, 224.
 Parmentier, 27, 87, 155, 156, 154,
 160, 195, 248.
 Perdrijeon, 115, 189, 586.
 Racle, 117, 151, 152.
 Ripault, 158.
 Rombeau, 28, 29, 55, 49, 85, 101,
 195, 224, 355, 566, 568, 570,
 571, 590.
 Roussin, 154.
 Sainet, 25, 161.
 Sec, 401.
 Titon, 221, 242.
 Trélat, 255.
 Verneuil, 44, 49, 97, 129, 150, 168,
 198, 200, 202, 204, 219, 222,
 225, 228, 229, 250, 245, 262,
 549, 571, 405, 414.
 Weiss, 58, 148, 220, 225, 251.

